

BAB I

KONSEP DASAR BERPIKIR KRITIS

Disampaikan oleh : Margaretha Teli, SKep,Ns, MSc

Tujuan Pembelajaran

1. Mahasiswa mampu menjelaskan pengertian berpikir dan berpikir kritis
2. Mahasiswa mampu menyebutkan teknik berpikir
3. Mahasiswa mampu menjelaskan proses berpikir
4. Mahasiswa mampu menjelaskan hubungan berpikir dengan proses belajar
5. Mahasiswa mampu menjelaskan aspek perilaku berpikir kritis
6. Mahasiswa mampu mengidentifikasi aktivitas kognitif dalam berpikir kritis
7. Mahasiswa mampu menjelaskan model berpikir kritis
8. Mahasiswa mampu menjelaskan komponenl berpikir kritis

1. PENDAHULUAN

Berpikir merupakan suatu proses yang berjalan secara berkesinambungan mencakup interaksi dari suatu rangkaian pikiran dan persepsi. Pikiran atau memori menyimpan segala sesuatu dan hanya mengingat apa yang diperlukan dan apa yang berarti dalam kehidupan. Dengan demikian seseorang mampu menganalisis informasi yang didapat dan mengembangkan kreativitas serta lebih berhasil dalam pemecahan masalah dan pengambilan keputusan.

Pikiran kita menyimpan segala sesuatu yang dilihat, didengar dan dirasakan. Tantangannya adalah mengingat kembali informasi tersebut. Oleh karena itu untuk memaksimalkan memori, kita harus membuat informasi tersebut bermakna, yaitu memahami informasi tersebut dengan mengetahui apa pentingnya suatu informasi dan member makna sendiri, yaitu mengasosiasikannya dengan hal-hal dari kehidupannya sendiri. Perawat sebagai bagian dari pemberi pelayanan kesehatan, yaitu memberI asuhan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan akan selalu dituntut untuk berpikir di dalam berbagai situasi, baik situasi normal maupun kritis.

2. KONSEP BERPIKIR KRITIS

BERPIKIR

Berpikir adalah aktivitas yang sifatnya mencari idew atau gagasan dengan menggunakan berbagai ringkasan yang masuk akal. Dalam berpikir, orang meletakkan hubungan antara bagian-bagian informasi yang ada pada dirinya sehingga mempunyai arti.

Berpikir diartikan pula menimbang-nimbang dalam ingatan dengan menggunakan akal budi untuk mempertimbangkan dan memutuskan sesuatu yang dilakukan untuk memahami realitas dalam rangka mengambil keputusan, memecahkan masalah, dan menghasilkan sesuatu yang baru. Dalam arti lain berpikir dapat menghasilkan suatu kreativitas.

Menurut Tri Rusmi dalam *Perilaku Manusia* (1996), berpikir adalah suatu proses sensasi, persepsi, dan memori/ ingatan, berpikir menggunakan lambing (visual atau gambar), serta adanya suatu penarikan kesimpulan yang disertai proses pemecahan masalah.

Teknik Berpikir

Berpikir memiliki berbagai macam teknik, antara lain:

1. Berpikir Autistik

Pada saat melamun seseorang mengkhayal dan sering berfantasi memikirkan sesuatu yang terkadang tidak sesuai dengan keadaan. Oleh karena itu berpikir autistik sering diidentikkan dengan melamun, misalnya seseorang berkhayal ingin menjadi orang kaya dalam waktu singkat.

2. Berpikir Realistik

Berpikir realistik dilakukan seseorang pada saat menyesuaikan diri dengan situasi yang nyata. *Berpikir realistik induksi* adalah seseorang melihat situasi nyata yang ada, kemudian langsung menarik suatu kesimpulan, selanjutnya direalisasikan pada pengalaman nyata, misalnya pada kondisi sehari-hari saat sering terjadi kemacetan terutama pada hari kerja seseorang akan memikirkan alternatif untuk tidak terlambat masuk kerja

Berpikir realistik deduktif adalah seseorang berpikir dengan melihat pengalaman sehari-hari, kemudian menarik suatu kesimpulan dari situasi yang ada, misalnya seorang anak yang sudah belajar matematika tetapi nilai kurang baik, akan mendorongnya untuk lebih giat belajar.

3. Berpikir Kreatif

Berpikir kreatif dilakukan untuk untuk menemukan sesuatu yang baru. Berpikir kreatif memerlukan stimulus atau rangsangan dari lingkungan yang dapat memicu seseorang berkreaitivitas. Seseorang dikatakan berpikir kreatif jika ada perubahan atau menciptakan sesuatu yang baru dan dilakukan berdasarkan manfaat atau tujuan yang pasti, menyelesaikan dengan baik suatu masalah, dan menghasilkan ide yang baru atau menata kembali ide lama dalam bentuk baru.

Faktor yang mempengaruhi seseorang untuk berpikir kreatif adalah:

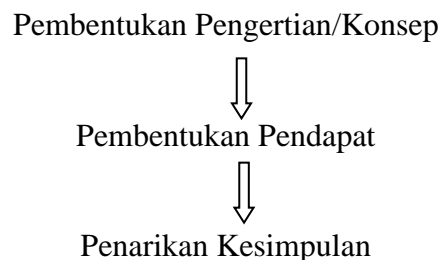
- a. Kemampuan kognitif, yaitu kemampuan untuk mencerna, memahami, menguraikan, menerapkan, mensintesis dan mengevaluasi. Contoh: Tidak terpaku pada hal yang baku, “Tidak ada rotan akar pun jadi”.
- b. Sikap yang terbuka. Contoh: menerima berbagai pendapat dan mengakui kelemahan.
- c. Otonom. Contoh: tidak tergantung pada orang lain, tidak malas dan berani mengambil keputusan.
- d. Percaya pada diri sendiri. Contoh: mempunyai keyakinan untuk bisa dan berguna serta selalu optimis.

4. Berpikir Evaluatif

Pada saat seseorang berpikir evaluatif, berarti ia mempelajari dan menilai baik buruknya suatu keadaan, tepat tidaknya suatu gagasan, serta perlu tidaknya perubahan suatu gagasan, misalnya seseorang merencanakan untuk bepergian jauh, ia akan menilai perlu tidaknya pergi, keuntungan dan kerugiannya, serta apakah tepat jika pergi saat kondisi tidak memungkinkan.

Proses Berpikir

Proses berpikir merupakan suatu jalan pikiran atau logika. Langkah-langkah proses berpikir sbb:



BERPIKIR DAN PROSES BELAJAR

Belajar adalah suatu proses ketika individu berubah perilakunya sebagai akibat dari pengalaman, latihan, atau pun proses pembiasaan. Proses yang terjadi relatif dibentuk dari segi kognitif, efektif dan psikomotorik.

Taksonomi sasaran/ tujuan pembelajaran menurut Bloom (1956):

1. Ranah/ domain kognitif, berkaitan dengan pengetahuan untuk mengingat kembali (*recall*) atau mengenai (*recognition*) dan pengembangan keterampilan dan kemampuan intelektual. Domain ini dikenal sebagai domain berpikir.

2. Ranah/ domain efektif, meliputi pengembangan/perubahan dalam hal tingkah laku /sikap, minat, nilai dan apresiasinya.
3. Ranah/ domain psikomotorik berhubungan dengan aktivitas otot atau keterampilan gerak tubuh.

Jenjang perilaku kognitif terdiri dari:

1. Tahu (*know*). Tahu diartikan sebagai mengingat kembali (recall) suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.
2. Pemahaman (*Comprehension*). Kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar serta mendeskripsikan, member contoh, membedakan, atau mendiskusikan.
3. Penerapan (*Application*). Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi/ kondisi nyata termasuk didalamnya menerapkan, memperagakan, mengubah, menyusun, memecahkan, atau menggunakan peralatan.
4. Analisis (*Analysis*). Kemampuan untuk menganalisis / menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen yang masih ada kaitannya satu sama lain termasuk menklasifikasikan, mengelompokkan, memisahkan, membandingkan, menyimpulkan, menetapkan, atau menghitung.
5. Sintesis (*Synthesis*). Kemampuan untuk menghubungkan/ menggabungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru termasuk di dalamnya menyusun, merencanakan, memadukan, mengumpulkan, mengkategorikan, menyesuaikan terhadap teori atau rumusan yang telah ada.
6. Evaluasi (*Evaluation*). Kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek termasuk menaksir, menyimpulkan, mempertahankan, memperetahankan, menimbang, membenarkan, mengkritik, menentukan nilai sesuatu dengan menerapkan standar/ criteria yang tepat atau yang sudah ada.

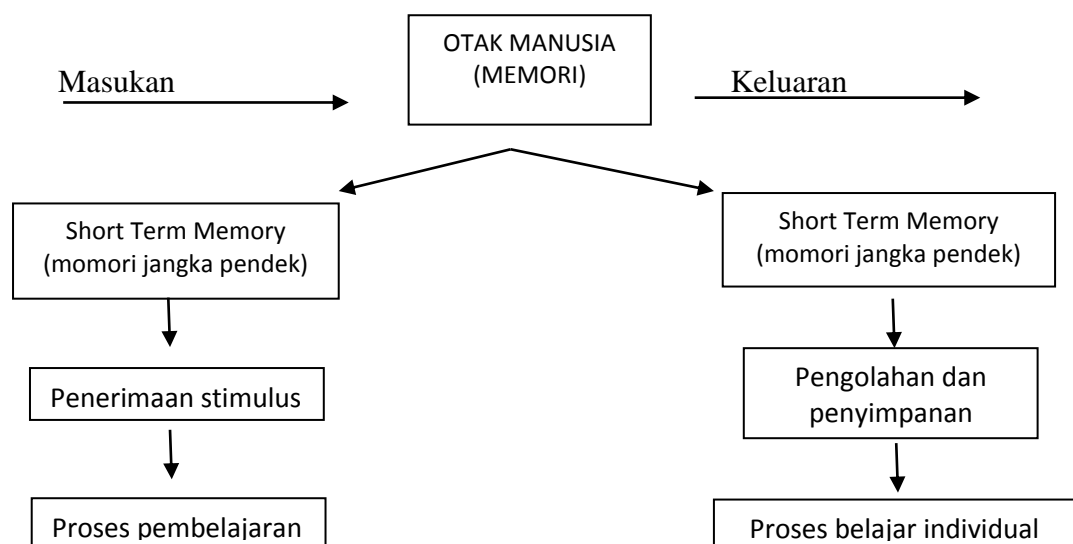
Proses belajar merupakan aplikasi dari proses berpikir karena dalam proses belajar terjadi proses mengingat dan menyimpan data dengan baik yang dilakukan dalam waktu pendek (*short term memory*) maupun waktu panjang (*long term memory*). Dalam proses belajar terdapat proses evaluasi atau penilaian, yaitu alat untuk mengetahui tingkat pencapaian tujuan, menentukan nilai atau tingkat keberhasilan belajar, memicu motivasi peserta didik, mendiagnosis kesulitan belajar, dan memberikan umpan balik bagi pengajar dan program

pembelajaran. Kunci dari pembelajaran dan perubahan adalah kognisi pada diri seseorang, yaitu persepsi, pikiran, memori, cara pengolahan, dan penyusunan informasi.

Menurut Piaget (salah satu penganut aliran kognitivisme) ada 3 tahapan dalam proses belajar, yaitu:

1. Asimilasi (proses penyatuan, pengintegrasian).
2. Akomodasi (pemakaian/aplikasi dalam situasi yang baru dan spesifik).
3. Ekuilibrasi (penyeimbangan/ penyesuaian berkesinambungan antara asimilasi dan akomodasi).

Dalam belajar efektif, seseorang harus mampu memilih dengan tepat teknik berpikir yang akan digunakan dalam mencerna system belajar yang efektif dan efisien. Untuk mencapai hasil belajar yang relatif mantap dan menetap perlu adanya proses internalisasi dalam belajar, seperti yang digambarkan sbb:



Ada dua proses penting yang terdapat pada gambar di atas, yaitu

1. *Proses pembelajaran*. Pada proses ini semua pengetahuan yang masuk ke dalam memori jangka pendek akan tersimpan dalam memori seseorang.
2. *Proses belajar*. Pada proses ini, pengetahuan yang tersimpan dalam memori jangka pendek akan di pindahkan ke dalam memori jangka panjang apabila pengetahuan tersebut seri g digunakan atau dipanggil keluar dari memori seseorang.

Berpikir dan belajar saling mempengaruhi, hal ini ditunjukkkan oleh:

1. Berpikir merupakan salah satu penentu keberhasilan belajar, karena dalam berpikir terjadi proses mengingat, mengolah, dan menyimpan informasi.

2. Berpikir mempunyai hubungan erat dengan bahasa. Perkembangan bahasa akan membantu seseorang untuk dapat mengorganisasikan persepsi, mengarahkan berpikir, mengontrol tindakan, membantu ingatan atau memori, mengubah/ memodifikasi emosi. Oleh karena itu, penguasaan bahasa merupakan syarat pokok untuk dapat berpikir secara baik.
3. Dalam membantu perkembangan berpikir seseorang, hendaknya bukan hanya dengan member pengertian sebanyak-banyaknya, tetapi memberi kata kunci atau membuat peta pikiran (*brain mapping*). Peta pikiran dibuat agar sesuai dengan lompatan yang terjadi dalam pikiran karena peta pikiran bekerja seperti otak, benar-benar mendorong wawasan dan gagasan cemerlang serta akan meningkatkan pemahaman dan ingatan. Bentuk peta pikiran tersebut, antara lain:
 - a. Hierarki
 - b. Urutan kejadian
 - c. Siklus
 - d. Spider
4. Metode pemecahan masalah sangat penting dikembangkan karena sangat cocok untuk mengembangkan kemampuan berpikir seseorang.
5. Pengetahuan yang siap pakai seperti buku sumber, media pembelajaran, dan lain-lain sangat membantu seseorang untuk berpikir dengan cepat dan tepat.

BERPIKIR KRITIS

Menurut Bandman dan Bandman (1988), berpikir kritis adalah pengujian secara rasional terhadap ide-ide, kesimpulan, pendapat, prinsip, pemikiran, masalah, kepercayaan, dan tindakan. Menurut Strader (1992), berpikir kritis adalah suatu proses pengujian yang menitikberatkan pendapat tentang kejadian atau fakta yang mutakhir dan menginterpretasikannya serta mengevaluasi pendapat-pendapat tersebut untuk mendapatkan suatu kesimpulan tentang adanya perspektif/ pandangan baru.

Berpikir kritis juga sebagai suatu teknik berpikir yang melatih kemampuan dalam mengevaluasi atau melakukan penilaian secara cermat tentang tepat-tidaknya atau layak-tidaknya suatu gagasan. Berpikir kritis merupakan suatu proses berpikir (kognitif) yang mencakup penilaian dan analisis secara rasional tentang semua informasi, masukan, pendapat, dan ide yang ada, kemudian merumuskan kesimpulan dan mengambil suatu keputusan. Berpikir kritis pada dasarnya dapat diartikan pula sebagai:

- *... a unique kind of purposeful thinking in which the thinker systematically and habitually imposes criteria and intellectual standards upon the thinking*
- *Taking charge of the construction of thinking*
- *Guiding the construction of the thinking according to the standards*
- *Assessing the effectiveness of the thinking according to the purpose, the criteria, and the standards*

Dari definisi tersebut dikatakan bahwa untuk dapat menghasilkan suatu hasil berpikir yang kritis, seseorang harus melakukan suatu kegiatan (proses) berpikir yang mempunyai tujuan (purposeful thinking), bukan asal berpikir yang tidak diketahui apa yang ingin dicapai dari kegiatan tersebut, artinya walau dalam kehidupan sehari-hari seseorang sering melakukan proses berpikir yang terjadi secara “otomatis” (mis., dalam menjawab pertanyaan “nama kamu siapa?). Banyak pula situasi yang memaksa seseorang untuk melakukan kegiatan berpikir yang memang di”rencanakan“ ditinjau dari sudut “**apa**” (*what*), “**bagaimana**” (*how*), “**mengapa**” (*why*). Hal ini dilakukan jika berhadapan dengan situasi (masalah) yang sulit atau baru.

Isi atau kualitas dari kegiatan berpikir harus mengandung unsure-unsur seperti di bawah ini:

- Sistematis dan senantiasa menggunakan kriteria yang tinggi (terbaik) dari sudut intelektual untuk hasil berpikir yang ingin dicapai.
- Individu bertanggung jawab sepenuhnya atas proses kegiatan berpikir.
- Selalu menggunakan kriteria berdasarkan standar yang telah ditentukan dalam memantau proses berpikir.
- Melakukan evaluasi terhadap efektivitas kegiatan berpikir yang ditinjau dari pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.

Aspek Perilaku Berpikir Kritis

Kegiatan berpikir kritis dapat dilakukan dengan melihat penampilan beberapa perilaku selama proses berpikir kritis itu berlangsung. Perilaku berpikir kritis seseorang dapat dilihat dari beberapa aspek, yaitu:

- *Relevance*, relevansi (keterkaitan) dari pernyataan yang dikemukakan.
- *Importance*, penting-tidaknya isu atau pokok-pokok pikiran yang dikemukakan.
- *Novelty*, kebaruan dari isi pikiran, baik dalam membawa ide-ide atau informasi baru maupun dalam sikap menerima adanya ide-ide baru dari orang lain.
- *Outside material*, menggunakan pengalamannya sendiri atau bahan-bahan yang diterimanya dari perkuliahan (*reference*).

- *Ambiguity clarified*, mencari penjelasan atau informasi lebih lanjut, jika dirasa ada ketidakjelasan.
- *Linking ideas*, senantiasa menghubungkan, fakta. Ide, atau pandangan serta mencari data baru dari informasi yang berhasil dikumpulkan.
- *Justification*, member bukti-bukti, contoh, atau justifikasi terhadap suatu solusi atau kesimpulan yang diambilnya, termasuk penjelasan mengenai keuntungan (kelebihan) dan kerugian (kekurangan) dari suatu situasi atau solusi.
- *Critical assessment*, melakukan evaluasi terhadap setiap kontribusi/ masukkan yang datang dari dalam dirinya maupun dari orang lain.
- *Practical utility*, ide-ide baru yang dikemukakan selalu dilihat pula dari sudut kepraktisan/kegunaannya dalam penerapan.
- *Width of understanding*, diskusi yang dilaksanakan senantiasa bersifat meluaskan isi atau materi diskusi.

Secara garis besar, perilaku berpikir kritis di atas dapat dibedakan dalam beberapa kegiatan:

- a. Berpusat pada pertanyaan (*focus on question*).
- b. Analisis argument (*analysis arguments*).
- c. Bertanya dan menjawab pertanyaan untuk klarifikasi (*ask and answer question of clarification and/or challenge*).
- d. Evaluasi kebenaran dari sumber informasi (*evaluating and credibility sources of information*).

Aktivitas Kognitif Dalam Berpikir Kritis

Aktivitas kognitif atau berpikir berhubungan dengan ingatan, pengetahuan dan kemampuan intelektual seseorang. Seseorang yang sudah mempunyai kemampuan untuk berpikir kritis, ia akan melakukan beberapa aktivitas kognitif berikut ini:

1. Mengajukan pertanyaan untuk menentukan alasan dan penyebab terjadinya sesuatu dan menentukan apakah diperlukan informasi lain.
2. Mengumpulkan sebanyak mungkin informasi yang relevan untuk mempertimbangkan semua faktor yang terkait.
3. Memvalidasi informasi yang tersedia untuk memastikan bahwa informasi tersebut akurat, bukan hanya sekedar pendapat atau dugaan, harus beralasan dan berdasarkan pada fakta dan bukti.
4. Menganalisis informasi tersebut untuk menentukan makna dan apakah informasi tersebut membentuk suatu rangkaian sebagai bahan untuk membuat kesimpulan.

5. Menggunakan pengalaman dan pengetahuan yang lalu untuk menjelaskan apa yang sedang terjadi dan untuk menjelaskan apa yang sedang terjadi dan untuk mengantisipasi apa yang akan terjadi selanjutnya.
6. Mempertahankan suatu sikap fleksibel (luwes) terhadap fakta atau data yang menuntun berpikir dan mempertimbangkan semua kemungkinan.
7. Mempertimbangkan pilihan yang tersedia dan menilai keuntungan maupun kerugian masing-masing pilihan.
8. Merumuskan suatu keputusan yang mencerminkan pengambilan keputusan yang kreatif dan mandiri.

MODEL BERPIKIR KRITIS

Kataoka—Yahiro dan Sylor (1994) telah mengembangkan sebuah model berpikir kritis bagi penilaian keperawatan. Model ini mendefinisikan hasil dari berpikir kritis sebagai penilaian keperawatan yang relevan atau sesuai dengan masalah-masalah keperawatan dalam kondisi yang bervariasi. Model ini dirancang untuk penilaian keperawatan di tingkat pelayanan, pengelola, dan pendidikan. Ketika seorang perawat berada di pelayanan, model ini mengemukakan 5 komponen berpikir kritis yang mengarahkan perawat untuk membuat rencana tindakan agar asuhan keperawatan aman dan efektif.

Tingkat Berpikir Kritis

Kataoka—Yahiro dan Sylor (1994) mengidentifikasikan 3 komponen berpikir kritis dalam keperawatan, yaitu:

- a. **Tingkat dasar.** Pada tingkat dasar seseorang mempunyai kewenangan untuk menjawab setiap masalah dengan benar. Pemikiran ini harus berdasarkan kenyataan yang terjadi dengan berpegang pada berbagai aturan atau prinsip yang berlaku. Misalnya, ketika seorang perawat yang belum berpengalaman dalam pelayanan, berpikir kritisnya dalam memberikan asuhan keperawatan sangat terbatas, oleh karena itu perawat tersebut harus mau belajar dari perawat lain dan menerima berbagai pendapat dari orang lain.
- b. **Tingkat Kompleks.** Pada tingkat ini seseorang akan lebih mengakui banyaknya perbedaan pandangan dan persepsi. Pengalaman dapat membantu seseorang menambah kemampuannya untuk melepaskan ego/ kekuasaannya untuk menerima pendapat orang lain, kemudian menganalisis dan menguji alternatif secara mandiri dan sistematis. Misalnya, untuk melihat tindakan keperawatan yang dapat memberi keuntungan bagi klien, maka perawat dapat mencoba berbagai alternatif yang ada

dengan membuat rentang yang lebih luas untuk pencapaiannya. Disini perawat belajar berbagai pendekatan yang berbeda-beda untuk jenis penyakit yang sama dalam memecahkan masalah yang ditemukan.

- c. **Tingkat Komitmen.** Perawat sudah memilih tindakan apa yang akan dilakukan berdasarkan hasil identifikasi dari berbagai alternatif pada tingkat kompleks. Perawat dapat mengantisipasi kebutuhan klien untuk membuat pilihan-pilihan kritis sesudah analisis berbagai manfaat dari alternatif yang ada. Kematangan seorang perawat akan tampak dalam memberikan pelayanan dengan baik, lebih inovatif, dan lebih tepat guna bagi perawatan klien.

Komponen Berpikir Kritis

Komponen berpikir kritis meliputi:

- **Pengetahuan dasar spesifik** merupakan komponen pertama berpikir kritis, yang meliputi teori dan informasi dari ilmu-ilmu pengetahuan, kemanusiaan dan ilmu-ilmu keperawatan dasar. Pengetahuan ini dapat diperoleh perawat melalui jenjang pendidikan yang diikuti, mulai dari diploma, sarjana, sampai tingkat pendidikan master atau doctor. Semakin banyak pengetahuan yang dimiliki, semakin banyak pilihan ketika menghadapi situasi yang menantang. Semakin banyak pilihan dengan mengumpulkan informasi akan mempunyai kemampuan untuk membuat keputusan yang benar dan penuh keyakinan sehingga menciptakan kekuatan pada diri sendiri.
- **Pengalaman** merupakan komponen kedua dari berpikir kritis. Pengalaman perawat dalam prakti klinik akan mempercepat proses berpikir kritis, Karena ia akan berhubungan dengan kliennya, melakukan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan membuat keputusan untuk melakukan perawatan terhadap kesehatan kliennya. *Pengalaman di lahan praktek merupakan laboratorium nyata bagi penerapan ilmu keperawatan, dimana perawat akan menerapkan teori yang sudah dipelajari dan tetap memperhatikan kenyataan yang ada dengan mengadakan penyesuaian, mengakomodasi respon klien, dan memperhatikan pengalaman yang terjadi.* ??? Pengalaman adalah hasil interaksi antara individu melalui alat inderanya dan stimulus yang berasal dari berbagai sumber belajar. Ada 5 jenis stimulus stimulus/ rangsangan yang bersal dari sumber belajar, yaitu:
 1. Interaksi manusia
 2. Realita.
 3. Pictorial representati
 4. Written symbols

5. Recorded sound

- **Kompetensi** adalah seperangkat tindakan cerdas dan penuh tanggung jawab yang dimiliki seseorang sebagai syarat untuk dianggap mampu oleh masyarakat dalam melaksanakan tugas-tugas di bidang pekerjaan tertentu (Kepmendiknas No. 045/U/2002). Kompetensi merupakan kemampuan individual yang dibutuhkan untuk mengerjakan suatu tugas/pekerjaan yang dilandasi pengetahuan, keterampilan, dan sikap kerja sesuai unjuk kerja yang dipersyaratkan. Contoh: untuk menunjukkan kompetensi melakukan prosedur mengukur tekanan darah klien, mahasiswa harus melakukan praktek mengukur tekanan darah di laboratorium sekolah terlebih dahulu sebelum ke klinik. Ini dilakukan untuk memastikan apakah prosedurnya sudah sesuai dengan cara kerja yang telah diajarkan.

Berdasarkan Kepmendiknas No. 045/U/2002, seorang yang kompeten harus dapat memenuhi persyaratan sbb:

1. Kemampuan pengembangan kepribadian.
2. Kemampuan penguasaan ilmu dan ketrampilan
3. Kemampuan berkarya
4. Kemampuan menyikapi dan berperilaku dalam berkarya sehingga dapat mandiri, menilai dan mengambil keputusan secara bertanggung jawab.
5. Dapat hidup bermasyarakat dengan bekerja sama, saling menghormati dan menghargai nilai-nilai pluralism (keberagaman) dan kedamaian.

Kompetensi berpikir kritis merupakan proses kognitif yang digunakan untuk membuat penilaian keperawatan. Ada tiga tipe kompetensi, yaitu:

- a. Berpikir kritis umum, meliputi pengetahuan tentang metode ilmiah, penyelesaian masalah, dan pembuatan keputusan.
- b. Berpikir kritis secara spesifik dalam praktek klinik meliputi alasan mengangkat diagnosis dan membuat keputusan untuk perencanaan tindakan selanjutnya.
- c. Berpikir kritis yang spesifik dalam keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan, yaitu pendekatan yang menyeluruh dan sistematis dalam member asuhan keperawatan yang digunakan untuk pengkajian data klien secara cepat, mengidentifikasi masalah kesehatan klien, merencanakan tindakan yang sesuai dan kemudian mengevaluasi apakah tindakan tersebut efektif.

Sikap dalam Berpikir Kritis

Menurut Newcomb dalam Notoatmodjo (1993), sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi adalah merupakan predisposisi tindakan/ kesiapan untuk bereaksi terhadap stimulus atau objek. Sikap senantiasa terarah terhadap suatu objek, tidak ada sikap yang tanpa objek. Menurut Allport (1954) sikap mempunyai 3 komponen pokok, yaitu:

1. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek (pengetahuan, berpikir).
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
3. Kecenderungan/ kesiapan untuk bertindak.

Sebagai contoh, seseorang telah mendengar informasi mengenai informasi tentang imunisasi polio, maka saat berpikir, emosi dan keyakinan ikut berperan sehingga ia berniat untuk mengimunisasi anaknya agar tidak terkena polio.

Ada beberapa sikap perawat dalam berpikir kritis, yaitu:

1. Berpikir mandiri (*thinking independently*). Pada mulanya pemakaian *cap* bagi perawat adalah bertujuan untuk menutupi dan mencegah rambut kontak dengan klien atau peralatan steril, tetapi kenyataannya sekarang perawat yang memakai *cap* hanya sekedar menempel di atas atau di belakang kepala. Sebagai perawat yang berpikir mandiri, ia dapat menangani dan mengubah kondisi tersebut dengan alternatif pemecahan yang dapat dilakukan.
2. Rendah hati (*humility*). Pemikir yang kritis akan merasa dan mengakui tidak atahu apa-apa. Mereka akan berusaha mencari informasi baru dan berpikir ulang untuk mengambil suatu kesimpulan, contoh: sebagai perawat yang baru bekerja pada unit tertentu, tentunya akan merasa gelisah (cemas). Oleh karena itu ia berusaha meminta terlebih dahulu untuk bertemu dengan kepala ruangan guna mendiskusikan apa yang menjadi tanggung jawabnya dan pengetahuan serta ketrampilan apa saja yang harus dicapai. Dengan demikian, perawat tersebut tidak kekurangan pengetahuan dan keterampilan dan akan menjadi profesional.
3. Berani (*courage*). Sikap berani dari seorang perawat adalah melakukan asuhan keperawatan dengan benar karena ia tahu apa yang harus dilakukannya. Sebagai contoh, seorang perawat bernama Evelyn menangani klien AIDS. Teman-teman di lingkungannya melihat sebelah mata pada klien AIDS, mereka menganggap penyakit tersebut datang karena perilaku menyimpang (*free sex*) dan tidak pantas hidup di masyarakat, namun sebagai perawat, Evelyn berusaha memberi perawatan sebaik-

baiknya karena ia sudah mengetahui apa itu penyakit AIDS dan penularannya serta apa yang harus dilakukan.

4. Keutuhan (*integrity*). Integritas seseorang dibutuhkan dalam membandingkan antara pengetahuan dan kepercayaan yang diyakini dengan orang lain. Sebagai pemikir yang kritis ia akan mempertanyakan pengetahuan dan kepercayaan yang ada pada dirinya dengan orang lain secara cepat dan menganggapnya sebagai masukan. Dengan demikian, akan mudah mengakui dengan cepat dan mengadakan evaluasi (perbaikan) dari masukan yang datang dari orang lain.
5. Ketekunan (*perseverance*). Perawat yang memiliki kekritisian dalam berpikir akan menunjukkan ketekunan dalam menemukan pemecahan efektif masalah keperawatan klien. Keputusan yang diambil harus berdasarkan standar yang ada dan masalah yang saling berhubungan. Ini dapat menimbulkan kebingungan dan frustrasi serta rasa sangat tidak nyaman, namun tidak patah semangat, bahkan cepat dan mudah menemukan jawaban.
6. Empati (*empathy*). Empati berarti keadaan mental yang membuat seseorang merasa dirinya dalam keadaan perasaan atau pikiran yang sama dengan orang/ kelompok lain. Contohnya, sangat sulit bagi perawat untuk memahami perasaan klien yang dirawat jika perawat tersebut belum pernah sakit atau dirawat. Pengetahuan tentang sikap empati ini sangat penting untuk memahami orang lain sehingga dapat berkomunikasi dengan tidak menyinggung perasaannya.
7. Tanpa prasangka/ wajar (*fair-mindedness*). Pemikir yang kritis tidak mempunyai prasangka/ dugaan pada orang lain. Dia akan terlebih dahulu mengkaji dan mencari tahu dari berbagai sudut pandang dengan membandingkan standar yang sudah ada. Sikap ini membantu seseorang dalam mempertimbangkan pandangan yang berbeda dan mencoba untuk memahami ide-ide baru sebelum meolak dan menerimanya.
8. Eksplorasi pikiran dan perasaan (*exploring thought and feelings*). Meskipun antara pikiran dan perasaan berbeda , tetapi pada kenyataan keduanya tidak dapat dipisahkan. Semua perasaan dapat didasari oleh beberapa pemikiran dan semua pemikiran dapat melibatkan perasaan (emosi). Contoh: ketika menemukan seseorang yang sedang marah (*feeling*), dengan sikap ini kita mencoba menemukan alasan-alasan apa yang menyebabkan ia marah.

Sebagai pemikir yang kritis, seseorang berusaha mengidentifikasi apakah perasaan yang ada pada dirinya atau orang lain adalah rasional (masuk akal).

Standar/ Karakteristik Berpikir Kritis

Standar/ Karakteristik Berpikir Kritis meliputi:

1. **Standar Intelektual.** Standar atau karakteristik intelektual dalam berpikir kritis adalah sbb:
 - a. Rasional dan memiliki alasan yang tepat
 - b. Reflektif
 - c. Menyelidik
 - d. Otonomi berpikir
 - e. Kreatif
 - f. Terbuka
 - g. Mengevaluasi
2. **Standar professional** adalah standar yang diapakai pada suatu profesi yang memerlukan kepandaian khusus untuk menjalaninya. Dalam hal ini, keperawatan mempunyai kode etik keperawatan dan standar praktik asuhan keperawatan.

KOMPONEN BERPIKIR KRITIS DALAM KEPERAWATAN

1. Pengetahuan dasar yang spesifik
2. Pengalaman dalam keperawatan
3. Kompetensi berpikir kritis
 - a. Kompetensi umum
 - b. Kompetensi spesifik dalam praktek klinik
 - c. Kompetensi spesifik dalam keperawatan
4. Sikap-sikap dalam berpikir kritis
 - a. Mandiri
 - b. Rendah hati
 - c. Berani mengambil resiko
 - d. Keutuhan (jujur, adil, disiplin, kreatif, percaya diri, rasa ingin tahu, bertanggung jawab)
 - e. Tekun
 - f. Empati
 - g. Tanpa prasangka
 - h. Eksplorasi pikiran dan perasaan
5. Standar/ karakteristik berpikir kritis
 - a. Standar intelektual
 - Rasional (jelas, relevan, masuk akal, logis)

- Reflektif (tepat, akurat, konsisten)
 - Menyelidik (luas, spesifik)
 - Otonomi berpikir
 - Terbuka (adekuat, adil)
 - Mengevaluasi (lengkap)
 - Kreatif
- b. Standar profesional
- Kode etik perawat Indonesia
 - Standar praktik profesional
 - Standar kinerja professional

3. BERPIKIR KRITIS DALAM PROSES KEPERAWATAN

Tujuan Pembelajaran

1. Mahasiswa mampu menerapkan berpikir kritis dalam proses keperawatan pada kasus yang diberikan.
2. Mahasiswa mampu menganalisis pertanyaan kritis pada setiap kegiatan dalam tahap pengkajian
3. Mahasiswa mampu menganalisis pertanyaan kritis pada setiap kegiatan dalam tahap diagnosis keperawatan
4. Mahasiswa mampu menganalisis pertanyaan kritis pada setiap kegiatan dalam tahap perencanaan.
5. Mahasiswa mampu menganalisis pertanyaan kritis pada setiap kegiatan dalam tahap implementasi.
6. Mahasiswa mampu menganalisis pertanyaan kritis pada setiap kegiatan dalam tahap evaluasi.

BERPIKIR KRITIS PADA TAHAP PENGKAJIAN

Pengkajian adalah langkah awal dan paling mendasar dalam proses keperawatan secara keseluruhan (Departemen Kesehatan, 1993). Pengkajian adalah proses pengumpulan, pengorganisasian, validasi, dan pencatatan data tentang status klien. Data yang ada didapat dari beberapa sumber dan merupakan dasar pengambilan keputusan untuk tahapan selanjutnya (Kozier, 1995). Pengkajian adalah proses sistematis dalam mengumpulkan, memeriksa, mengkomunikasikan data tentang klien (Perry and Potter, 1997).

Tujuan dari pengkajian adalah mengumpulkan data dasar tentang respons klien terhadap kesehatan atau penyakitnya. Pengkajian yang baik dan benar memberi peluang bagi perawat untuk menerapkan pengetahuan dan pengalaman dalam melakukan observasi dan pemeriksaan untuk mengumpulkan data tentang klien.

Analisis pertanyaan kritis perawat dalam setiap kegiatan pada tahap pengkajian, antara lain:

1. Pengumpulan data

- a. Mengetahui tujuan/ maksud dari pengumpulan data, apa yang akan dilakukannya, manfaat apa yang didapat dari data tersebut?
- b. Alat-alat yang dibutuhkan untuk melakukan pengumpulan data?
- c. Hal-hal apa yang harus diperhatikan saat wawancara?
- d. Teknik apa yang digunakan pada saat wawancara dan fase apa yang sedang dialami?
- e. Hal-hal apa yang harus diperhatikan pada saat melakukan observasi/ pengamatan?
- f. Hal-hal apa yang harus diperhatikan pada saat memeriksa fisik klien, perawat harus tahu dulu ciri/tanda dari keadaan fisik yang normal agar dapat mengetahui terjadinya keadaan yang tidak normal atau menyimpang? Alat-alat yang digunakan untuk melakukan pemeriksaan fisik?
- g. Sudahkah saya mempelajari data yang ada sebelum memulai pengumpulan data?
- h. Kapan suatu data yang diperoleh dapat menjadi indikasi/patokan adanya suatu masalah dan intervensi seperti yang akan dilakukan?
- i. Informasi/data apa yang sesuai atau relevan dan saya butuhkan serta bagaimana saya menginterpretasikannya?
- j. Apa yang saya dapatkan dari informasi/ data ini?
- k. Masalah-masalah apa yang ditunjukkan oleh informasi/data ini?
- l. Apakah saya sudah mengidentifikasi masalah yang terpenting?
- m. Apakah informasi/data ini menunjukkan masalah lain yang harus saya pertimbangkan?
- n. Apakah saya sudah mengumpulkan semua informasi/data yang saya perlukan?
- o. Apakah ada yang harus saya laporkan segera?
- p. Apakah saya memerlukan tambahan bantuan?
- q. Apakah klien ini mempunyai factor resiko?
- r. Komplikasi yang manakah yang harus saya awasi?
- s. Apakah ada factor yang berhubungan dengan usia?
- t. Bagaimana hubungan keluarga menghadapi situasi ini?
- u. Adakah factor budaya yang mempengaruhi?

- v. Apakah hasil akhir/tujuan yang diharapkan dari klien ini?
 - w. Apakah yang akan menjadi tindakan pertama saya dalam situasi ini?
 - x. Bagaimana saya dapat menyusun rencana tindakan dengan tepat?
2. Pengelompokan/ pengorganisasian data
- a. Sesuailah pengelompokan data yang ada dengan data fisiologis atau biologis?
 - b. Sesuailah pengelompokan data yang ada dengan data psikologis?
 - c. Sesuailah pengelompokan data yang ada dengan data sosial?
 - d. Sesuailah pengelompokan data yang ada dengan data spiritual?
3. Pemvalidasian data
- Apakah yang dibutuhkan saat validasi data? (pada saat melakukan pemeriksaan fisik, bukti hasil laboratorium, foto rotgen, dll.).
4. Pendokumentasian data
- a. Sudahkah melakukan pendokumentasian dengan benar?
 - b. Apakah format pengkajiannya telah sesuai dengan kondisi klien?

BERPIKIR KRITIS PADA TAHAP DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Diagnosis keperawatan adalah tahap kedua dalam proses keparawatan dan merupakan suatu pernyataan dari masalah klien, baik aturan maupun resiko berdasarkan data pengkajian yang sudah dianalisis. Analisis pertanyaan kritis perawat dalam setiap kegiatan pada tahap diagnosis keperawatan, antara lain:

1. Analisis data
 - a. Sudahkah melakukan analisis data yang ada dari hasil pengkajian, sehingga perawat mampu mengidentifikasi data subyektif dan data obyektif yang mendukung masalah keperawatan?
 - b. Apakah sudah mengetahui data normal, sehingga perawat mampu menganalisis data yang merupakan data fokus yang mendukung masalah keperawatan?
 - c. Sudahkah melakukan pengelompokan data yang ada dalam kelompok data subyektif dan data obyektif?
2. Identifikasi masalah klien
 - a. Sudahkah mengidentifikasi data subyektif dan data obyektif sehingga perawat mampu memutuskan masalah yang ada? Apakah merupakan masalah actual, resiko, kemungkinan, atau wellness?
 - b. Benarkah pada tahap identifikasi masalah ini perawat mendokumentasikan hanya sebatas masalah keperawatan, bukan diagnose keperawatan?

- c. Masalah keperawatan yang harus diidentifikasi sesuai dengan data subyektif dan data obyektif yang ada?
3. Membuat pernyataan diagnosis keperawatan
 - a. Sudahkah menganalisis masalah keperawatan yang telah didokumentasikan pada tahap analisis data?
 - b. Sudahkah menentukan etiologi/ penyebab dari masalah keperawatan yang ada dengan menganalisis kembali data subyektif dan data obyektif yang sudah dikelompokkan sesuai masalah?
 - c. Sudahkah menentukan diagnosis keperawatan yang terdiri dari problem/ masalah, etiologi/penyebab, dan tanda/ data obyektif serta gejala/data subyektif?
4. Memprioritaskan diagnosis keperawatan
 - a. Sudahkah menganalisis diagnosis keperawatan yang ada pada klien?
 - b. Sudahkah membuat prioritas diagnosis keperawatan berdasarkan hirarki Maslow dengan urutan:
 - Keadaan yang mengancam kehidupan, yaitu suatu keadaan yang dapat menyebabkan kematian pada klien apabila tidak dilakukan tindakan keperawatan secara cepat dan tepat.
 - Keadaan yang mengancam kesehatan yaitu suatu keadaan yang dapat menyebabkan kondisi mengancam kehidupan jika tidak dilakukan tindakan keperawatan secara cepat dan tepat.
 - Persepsi tentang kesehatan dan keperawatan yaitu tentang pemahaman klien/keluarga terhadap kesehatan dan tindakan keperawatan yang dilakukan..
5. Mendokumentasikan diagnosis keperawatan
 - a. Sudahkah melakukan dokumentasi diagnosis keperawatan sesuai dengan prioritas?
 - b. Sudahkah melakukan dokumentasi tanggal ditemukannya diagnosis keperawatan tersebut?
 - c. Sudahkah melakukan pencatatan sebagai pertanggung jawaban yang harus disertai nama jelas dan padaf?
 - d. Sudahkah dokumentasi ditulis dengan tepat, lengkap, dan mudah dibaca serta dimengerti oleh tim kesehatan lain yang terkait?

BERPIKIR KRITIS PADA TAHAP PERENCANAAN

Perencanaan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk menanggulangi masalah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan klien (DepKes, 1993). Perencanaan adalah tahap ketiga dari proses keperawatan ketika perawat dan klien mengembangkan tujuan dan kriteria hasil dan strategi keperawatan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah kesehatan klien (Kozier, 1995). Ketidakmampuan klien untuk memenuhi kebutuhan dasarnya sendiri (*self care deficit*) merupakan dasar dari intervensi keperawatan, baik itu terjadi karena meningkatnya tuntutan kemandirian ataupun menurunnya kemampuan untuk dapat memenuhi kebutuhan dasarnya sendiri. Hal-hal yang perlu dipertimbangkan dalam menyusun rencana keperawatan:

1. Tindakan apa yang akan dilakukan. Ini berhubungan dengan masalah yang klien alami.
2. Mengapa tindakan itu dilakukan. Ini menjelaskan bahwa apabila tindakan tidak dilakukan akan berdampak pada kesehatan klien.
3. Kapan tindakan itu dilakukan. Ini sesuai dengan periode waktu yang ada dan disesuaikan dengan kemampuan klien.
4. Siapa yang akan melakukan tindakan. Hal ini berhubungan dengan kewenangan dan tanggung jawab seorang perawat.
5. Bagaimana caranya tindakan itu dilakukan. Berapa intervensi keperawatan dilakukan dengan menggunakan prosedur tindakan yang sudah ada. Misalnya, prosedur memasang infuse atau memandikan.

Analisis pertanyaan kritis perawat dalam setiap kegiatan pada tahap perencanaan, antara lain:

1. Meletakkan prioritas

Apakah perencanaan dibuat sesuai dengan prioritas diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan?
2. Menentukan tujuan dan kriteria hasil
 - a. Apakah hasil yang diharapkan dari intervensi keperawatan dirumuskan dalam istilah tujuan/kriteria hasil yang harus spesifik, dapat diukur, dapat dicapai, sesuai dengan kenyataan dan ada periode waktu pencapaian?
 - b. Apakah kriteria hasil sudah sesuai standar/ patokan normal?
3. Mengidentifikasi intervensi yang interdependen
 - a. Sudahkah intervensi keperawatan untuk membantu memenuhi kebutuhan dasar klien didasari oleh kode etik dan standar praktik keperawatan professional yang telah berlaku?

- b. Sudahkah klien dan keluarganya disertakan dalam melakukan tindakan keperawatan?
 - c. Apakah sudah mengidentifikasi intervensi keperawatan spesifik yang sesuai dengan pencapaian tujuan?
 - d. Sudahkah intervensi tersebut didasarkan pada penyakit/masalah yang dialami klien?
 - e. Apakah informasi yang dimasukkan dalam rencana keperawatan dituliskan dengan cara yang ringkas, sistematis sehingga memudahkan penggunaannya oleh tenaga keperawatan lain?
 - f. Sudahkah melakukan kolaborasi dengan tim kesehatan lain sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya?
 - g. Apakah intervensi keperawatan ini sudah diwujudkan melalui upaya-upaya promotif, yaitu membantu klien yang kurang mampu untuk meningkatkan kemampuannya, antara lain:
 - upaya preventif, yaitu mencegah penyakit dan atau kecacatan
 - upaya rehabilitatif, yaitu pemberian asuhan selama sakit
 - upaya pemulihannya
 - consolation of dying, yaitu pendampingan bagi klien yang menghadapi kematian agar tenang dan bermartabat?
 - h. Apakah diperlukan rencana keperawatan tambahan atau apakah rencana keperawatan harus diulang kembali?
 - i. Apakah perawat mengetahui bahwa rencana keperawatan dapat berubah jika masalah klien berubah, jika prioritas masalah bergeser, jika masalah teratasi, dan jika didapatkan informasi tambahan tentang keadaan kesehatan klien?
4. Membuat rasional tindakan dan mendokumentasikan
- a. Sudahkah membuat rasional setiap tindakan yang dilakukan dengan benar?
 - b. Apakah pendokumentasian rencana keperawatan sudah sesuai dengan format yang ada yang terdiri dari diagnosis keperawatan, tujuan dan criteria hasil, intervensi keperawatan, dan rasional tindakan serta paraf yang diikuti nama jelas?
 - c. Apakah dalam pendokumentasian kalimat yang dituliskan dalam rencana tindakan adalah kalimat perintah (kata kerja pasif)?

BERPIKIR KRITIS PADA TAHAP IMPLEMENTASI

Implementasi adalah pelaksanaan rencana tindakan yang telah ditentukan dengan tujuan kebutuhan klien terpenuhi secara optimal (Depkes, 1993). Implementasi adalah fase ketika

perawat menerapkan perencanaan ke dalam tindakan (Kozier, 1995). Implementasi adalah tahap keempat dari proses keperawatan yang terkait dengan pelaksanaan perencanaan yang telah dibuat dan mengacu pada rencana keperawatan. Perawat bertanggung jawab dalam pelaksanaan rencana keperawatan dengan melibatkan klien dan keluarga serta anggota tim keperawatan kesehatan yang lain.

Analisis pertanyaan kritis dalam setiap kegiatan pada tahap implementasi, antara lain:

1. Mengkaji ulang

Apakah sebelum melakukan implementasi perawat melakukan pengkajian ulang untuk mengetahui apakah tindakan tersebut masih dibutuhkan oleh klien atau tidak?

2. Menentukan kebutuhan akan asisten perawat

Sebelum melakukan implementasi, perawat melakukan pengkajian apakah tindakan dapat dilaksanakan oleh perawat seorang diri atau membutuhkan asisten.

3. Melaksanakan tindakan keperawatan

a. Apakah saat mengimplementasikan asuhan keperawatan, perawat secara berkesinambungan mengkaji respons klien terhadap pelaksanaan tindakan yang telah dilakukan?

b. Apakah semua rencana keperawatan diimplementasikan dengan menerapkan sikap-sikap berpikir kritis, seperti integritas, kasih sayang, percaya diri, dan keinginan untuk menerima serta memahami respons klien?

c. Apakah saat intervensi keperawatan diimplementasikan rencana keperawatan dimodifikasi sesuai dengan respons klien?

4. Dokumentasikan tindakan keperawatan

a. Apakah setelah melaksanakan tindakan keperawatan, perawat mendokumentasikannya ke dalam format catatan keperawatan dan menandatangani?

b. Apakah pencatatan sudah dibuat secara ringkas, jelas, dan obyektif serta memenuhi kriteria bahwa pencatatan yang dibuat menunjukkan diagnosis keperawatan dan masalah kolaboratif: pencatatan yang dibuat menggambarkan intervensi keperawatan dan respons klien terhadap intervensi tersebut; pencatatan yang dibuat mencakup semua data tambahan yang relevan?

c. Apakah pendokumentasian catatan keperawatan menggunakan kalimat aktif? Perawat harus memperhatikan respon klien, baik respon yang diungkapkan klien (subyektif) maupun respons yang dilihat perawat (obyektif)?

BERPIKIR KRITIS PADA TAHAP EVALUASI

Evaluasi adalah proses penilaian pencapaian tujuan serta pengkajian ulang rencana keperawatan (Depke datas, 1993). Evaluasi adalah proses untuk menjamin kualitas dan ketepatan perawatan yang diberikan dengan meninjau keefektifan rencana perawatan (Doenges, 1995). Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan dan diarahkan untuk menentukan respon klien terhadap intervensi keperawatan serta sebatas mana tujuan/criteria hasil sudah tercapai.

Tujuan perawat melakukan evaluasi adalah menentukan kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang telah ditentukan dan menilai efektifitas rencana keperawatan/strategi asuhan keperawatan.

Analisis pertanyaan kritis dalam setiap kegiatan pada tahap evaluasi, antara lain:

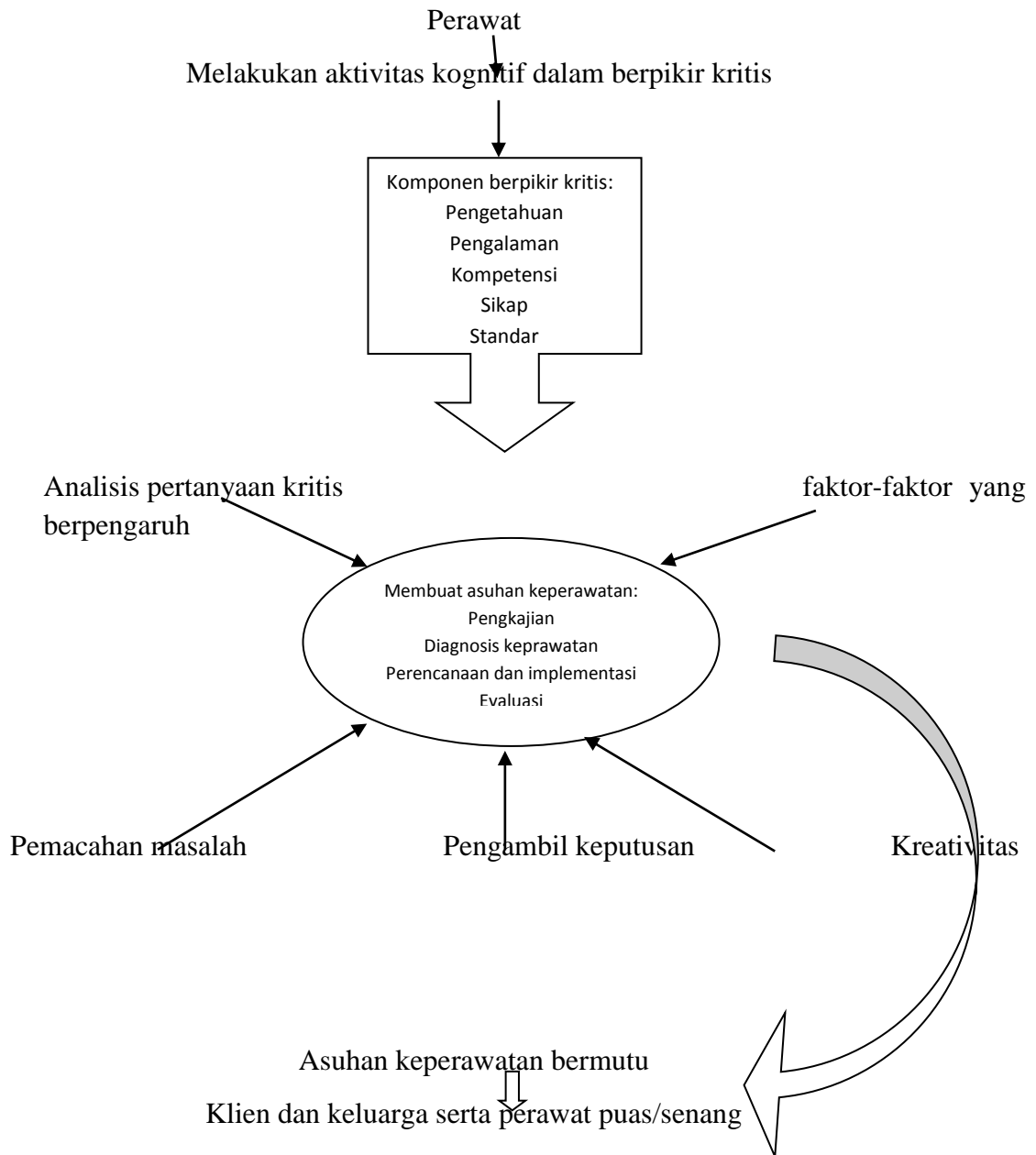
1. Mengidentifikasi kriteria hasil, sehingga perawat dapat mengukur keberhasilan pencapaian tujuan.
Apakah kriteria hasil yang dibuat dalam perencanaan sudah dapat mengukur pencapaian tujuan bagi klien?
2. Mengumpulkan data yang berkaitan dengan pencapaian kriteria hasil.
Apakah sudah mengumpulkan data perkembangan yang berkaitan dengan pencapaian kriteria hasil (data subyektif dan data obyektif)?
3. Membandingkan data klien dengan kriteria hasil dan menggambarkan kesimpulan tentang masalah klien.
 - a. Apakah perawat sudah melakukan perbandingan data klien dengan kriteria hasil?
 - b. Apakah perawat sudah menyatakan pada tujuan bahwa masalah sudah tercapai/ teratasi?
 - c. Apakah perawat sudah menyatakan pada tujuan bahwa masalah sudah sebagian tercapai/ teratasi sebagian?
 - d. Apakah perawat sudah menyatakan pada tujuan bahwa masalah tidak tercapai/ tidak teratasi?
4. Mengulang dan memodifikasi perencanaan
 - a. Pada masalah yang teratasi, sebagian apakah perawat melakukan analisis bahwa perencanaan dapat dilanjutkan atau dimodifikasi agar masalah tersebut dapat teratasi?
 - b. Pada masalah yang teratasi, apakah perawat menganalisis bahwa perencanaan dihentikan atau akan dipertahankan sesuai dengan kondisi klien?
 - c. Jika kemajuan tidak tercapai sesuai dengan tujuan, apakah perawat sudah mengkaji ulang/memperbaiki rencana keperawatan?
5. Mendokumentasikan catatan perkembangan

- a. Apakah perawat mendokumentasikannya ke dalam format catatan perkembangan dan menandatangani?
- b. Apakah format catatan perkembangan sudah terdapat: nomor diagnosis, tanggal/waktu, subyektif, obyektif, analisis, dan perencanaan (SOAP) serta paraf dan nama?

Secara umum, evaluasi atau penilaian yang dapat dilakukan secara keseluruhan dari asuhan keperawatan yang telah diberikan, antara lain:

1. Apakah asuhan keperawatan tersebut efektif?
2. Apakah tujuan keperawatan dapat dicapai pada tingkat tertentu?
3. Apakah perubahan perilaku klien seperti yang diharapkan?
4. Strategi keperawatan/pemecahan masalah manakah yang efektif?
5. Apakah diagnosis keperawatan dan masalah-masalah kolaboratif akurat?
6. Apakah klien sudah mencapai hasil yang diharapkan?
7. Apakah klien mencapai hasil yang diharapkan didalam periode waktu yang singkat?
8. Apakah masalah keperawatan sudah diatasi?
9. Apakah kebutuhan keperawatan klien sudah dipenuhi?
10. Apakah intervensi keperawatan harus dipertahankan, diubah, atau dihentikan?
11. Apakah ada masalah baru yang timbul ketika intervensi keperawatan belum direncanakan atau diimplementasikan?
12. Faktor apakah yang mempengaruhi pencapaian tujuan atau kurang tercapainya tujuan?
13. Apakah prioritas diagnosis keperawatan harus disusun kembali?
14. Apakah perubahan harus dibuat pada tujuan dan criteria hasil?

ALUR BERPIKIR KRITIS DALAM PROSES KEPERAWATAN



Kutipan dari: Wilkinson J.M., Ahern N.R (2009); Diagnosis Keperawatan; EGC, Jakarta

RANGKUMAN

- Berpikir adalah suatu proses sensasi, persepsi, dan memori/ ingatan, berpikir menggunakan lambing, visual, atau grafis, serta ada suatu penarikan kesimpulan yang disertai proses pemecahan masalah.
- Berpikir dilakukan untuk memahami realitas dalam rangka mengambil keputusan, memecahkan masalah, dan menghasilkan sesuatu yang baru. Dalam arti lain, berpikir dapat menghasilkan suatu kreatifitas.

- Ada empat teknik/ cara berpikir, yaitu berpikir austitik (melamun), berpikir realistik, berpikir kreatif, dan berpikir evaluatif.
- Proses berpikir adalah proses yang terjadi pada saat berpikir, yang mencakup tiga tahap, yaitu pembentukan pengertian, pembentukan pendapat, dan penarikan kesimpulan.
- Belajar adalah suatu proses ketika individu berubah perilakunya sebagai akibat dari pengalaman, latihan, atau pun proses pembiasaan. Proses yang terjadi relatif mantap dan menetap dari segi kognitif, efektif, dan psikomotorik.
- Berpikir kritis adalah salah satu kegiatan yang memerlukan ide-ide serta gagasan yang cepat dalam melakukan penilaian dan analisa rasional serta merumuskan kesimpulan dan membuat keputusan. Hal ini penting dimiliki oleh seorang perawat.

Rujukan

1. Wilkinson J.M.,Ahern N.R (2009); *Diagnosis Keperawatan*; EGC, Jakarta
2. Kozier.,Erb, Berman.,Synder (2010); *Fundamental Keperawatan, Konsep, proses dan praktek*, edisi 7, EGC, Jakarta

BAB II
KONSEP PROSES KEPERAWATAN
M.MARGARETHA ULEMADJA WEDHO, SKp, MHSc

TUJUAN PEMBELAJARAN:

Setelah mengikuti perkuliahan ini mahasiswa mampu:

1. Menggambarkan sejarah proses keperawatan
2. Menjelaskan tentang pengertian proses keperawatan
3. Mendiskusikan tentang tujuan proses keperawatan
4. Mendiskusikan tentang karakteristik proses keperawatan, alasan penggunaan proses keperawatan, dan manfaatnya

I. PENDAHULUAN

Proses keperawatan merupakan suatu pendekatan ilmiah yang digunakan perawat saat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien di setiap tatanan praktek. Pendekatan ini menjamin kualitas asuhan yang diberikan perawat karena sistematis dan terorganisir yang dimulai dari pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, merumuskan rencana keperawatan, pelaksanaan, dan melakukan evaluasi secara terus-menerus. Dengan demikian perawat dapat menerapkan teori-teori dan model-model konseptual yang telah diperkenalkan oleh para ahli keperawatan di lahan praktek.

Teori dan model konseptual keperawatan pada kenyataannya sulit diterapkan di lahan praktek. Mc. Coppin dan Gardner (1994) mengatakan bahwa teori cenderung terlalu hebat dan sulit diuji secara empiris. Tidak semua teori keperawatan dapat diterapkan di lahan praktek. Tetapi Canadian Nurses Association (CAN), American Nurses Association (ANA), dan Australian Nurses Federation (AFN) menganjurkan bahwa menerapkan model konseptual dan proses keperawatan dalam praktek merupakan suatu cara menuju profesional. Perawat dapat menunjukkan fungsi independent, dependent, dan interdependentnya bila menerapkan pendekatan ini dalam prakteknya.

Pada unit ini akan dibahas tentang sejarah perkembangan proses keperawatan, tinjauan tentang proses keperawatan mulai dari pengertian, tujuan penggunaan, ciri proses keperawatan, alasan penggunaan dan manfaatnya.

RIWAYAT PERKEMBANGAN PROSES KEPERAWATAN

Kegiatan keperawatan zaman dahulu didasarkan pada kebudayaan, kebiasaan umum, dan instruksi – instruksi dokter. Perawat melakukan suatu kegiatan berdasarkan perintah dokter tanpa mengetahui alasan tindakannya. Namun, pada tahun 1960-an keperawatan mulai mempelajari alasan suatu tindakan yang diberikan. Ida Jean Orlando (1961) mulai menekankan aspek interpersonal dalam hubungan perawat pasien.

Louis Knowles (1967) menggabungkan pelayanan keperawatan dengan pendekatan secara ilmiah dengan menjelaskan keperawatan sebagai suatu temuan, menyelidiki, melaksanakan, dan membedakan dengan menekankan pada pendekatan ilmiah. Pendekatan ini kemudian digunakan oleh pakar keperawatan untuk menerapkannya di dalam proses keperawatan. Pada tahun 1966 Kelly menjelaskan bahwa tersedia data untuk pengkajian keperawatan seperti tanda-tanda dan gejala fisik pasien, riwayat medik, dan diagnosis, riwayat sosial dan latar belakang kebudayaan, faktor-faktor fisik/psikologi dan lingkungan. Selanjutnya, Kelly merancang suatu format pengkajian data yang berisikan pengkajian terhadap tanda – tanda vital, gejala – gejala, riwayat medik dan diagnosa, riwayat sosial, latar belakang kebudayaan, faktor fisik/psikologis dan lingkungan. Dorothy Johnson (1959) menekankan pentingnya mengumpulkan data secara sistematik dan menganalisa data secara seksama. Pada saat itu diagnosa keperawatan diartikan sebagai suatu tindakan membuat keputusan tentang sebab dan berkurangnya gejala / tanda.

Pada tahun 1967 Yura dan Walls menulis buku yang komprehensif tentang proses keperawatan. Mereka menjelaskan tentang 4 komponen dalam proses keperawatan. Mereka juga menekankan intelektual, interpersonal dan ketrampilan dalam praktek keperawatan. Tahun 1970 –an profesi keperawatan mengumumkan bahwa keperawatan adalah suatu disiplin ilmu yang berorientasi pada dasar – dasar teoritik di dalam prakteknya yang berfokus pada pasien. Langkah – langkah proses keperawatan dilegitimasi pada tahun 1973, pada saat ANA (American Nurse Association) menuliskan standar praktek keperawatan. Setelah itu, beberapa strategi mulai memperbaiki tindakan praktek keperawatannya yang mencerminkan jangkauan praktek keperawatan yang lebih luas. Standard praktek tersebut harus dimulailah

dari pengkajian, analisa data untuk menegakkan diagnosa, perencanaan, implementasi rencana, dan evaluasi yang merupakan 5 langkah utama dari proses keperawatan. Kelima langkah tersebut mencakup: pengkajian yang kegiatan utamanya adalah mengumpulkan data; analisa data untuk merumuskan diagnosa. Langkah ke 3 adalah perencanaan keperawatan yang terdiri dari penetapan goal dan objektif; merencanakan tindakan dan alasan ilmiahnya. Langkah ke 4 adalah melaksanakan rencana dan langkah ke 5 adalah evaluasi.

Dalam praktek keperawatan, peran perawat adalah independen, interdependen, dan dependen. Tindakan independen perawat mencakup mengkaji, menganalisa dan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Tindakan interdependen meliputi koordinasi dan merencanakan dengan anggota tim kesehatan lainnya. Tindakan dependen meliputi instruksi dokter mengatur pemberian obat atau pengobatan. Dengan demikian proses keperawatan adalah cara perawat menunjukkan tanggung gugat dan tanggungjawabnya terhadap pasien. Perawat diharapkan bertanggungjawab terhadap tindakannya dan mengevaluasi efektivitas perawatan yang mereka berikan. Evaluasi merupakan cara menunjukkan tanggung gugat dan tanggung jawab tindakannya terhadap konsumen dan terhadap institusi pelayanan kesehatan. Proses keperawatan adalah suatu alat untuk mengevaluasi keefektifan dari asuhan keperawatan dan menunjukkan pertanggungjawaban perawat.

PENGERTIAN PROSES KEPERAWATAN

Pelayanan keperawatan saat ini walaupun terus menerus memberi dukungan pada tujuan pengobatan medik terhadap pasien tetap independent dalam pelaksanaannya. Inilah perubahan dalam praktek keperawatan yang membawa perkembangan dalam mengorganisir cara memberikan perawatan pada pasien. Metode ini disebut proses keperawatan. Penggunaan keterampilan kognitif, interpersonal dan psikomotor secara terpadu dalam merawat pasien merupakan dasar dalam praktek keperawatan profesional. Proses keperawatan menyiapkan suatu cara yang logis dan rasional bagi perawat dalam mengorganisasi informasi sehingga perawatan yang diberikan tepat dan berhasil guna.

Menurut Kobert dan Folan (1990: 309 dalam Lady and Pepper 1993: 292) proses keperawatan merupakan suatu kerangka untuk mengorganisasikan dan memberikan perawatan melalui suatu rumusan langkah yang tidak berubah. Proses keperawatan adalah suatu cara atau prosedur operasional yang digunakan perawat untuk mencapai hasil tertentu dari kesehatan pasien yang maksimal. Proses keperawatan bukan berfokus pada keperawatan

tetapi semata-mata suatu cara yang dinamis dan logis untuk praktek keperawatan. Secara operasional, proses keperawatan systematik artinya: a) mengkaji status kesehatan pasien; b) Merinci kekuatan-kekuatan dan masalah-masalah pasien; c) menetapkan diagnosa keperawatan; d) mengembangkan suatu rencana untuk memaksimalkan kekuatan-kekuatan pasien dan mengatasi masalah atau mengurangi kecemasan yang berkaitan dengan masalah tersebut; e) penggunaan hubungan perawat pasien yang dicirikan dengan empathy; f) melakukan proses evaluasi secara terus menerus untuk mengukur keefektifan dari proses. Inilah serangkaian pendekatan praktek yang logis dimana perawat secara sensitif dan sistematis memberikan asuhan keperawatan untuk mencapai sasaran yang ditetapkan bersama pasien (Leddy, S., dan Pepper, M.J., 1993)

Dengan demikian proses keperawatan adalah cara memberikan perawatan pada individu, keluarga, masyarakat secara terorganisir dan sistematis yang berfokus pada respon pasien yang unik terhadap gangguan kesehatan baik secara aktual (nyata) maupun potensial (resiko tinggi terjadi). Pendekatan ini menunjukkan bahwa perawat bertanggungjawab dan bertanggung gugat terhadap tindakan – tindakan mereka dan mengevaluasi keberhasilan pelayanan mereka. Penekanannya pada hubungan antara proses keperawatan dan praktek keperawatan profesional, yang menunjukkan mengapa proses tersebut penting. Usaha dilakukan untuk menunjukkan bagaimana implementasi setiap tahap dari proses ditekankan menurut keyakinan dalam teori yang berdasarkan pengetahuan atau isinya berdasarkan praktek keperawatan.

TUJUAN PROSES KEPERAWATAN

Proses keperawatan merupakan suatu cara yang sistematis, rasional, untuk merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan secara individu. Tujuan proses keperawatan mencakup: 1) mengidentifikasi status kesehatan pasien, masalah kesehatan pasien atau kebutuhan-kebutuhannya baik aktual atau potensial; untuk menetapkan rencana; dan melakukan tindakan tertentu untuk memenuhi kebutuhan tersebut. 2) Proses keperawatan bersifat siklus, artinya komponen proses keperawatan mengikuti suatu urutan yang logis atau masuk akal, tetapi lebih dari 1 komponen bisa terlibat dalam satu waktu. 3) Proses keperawatan terdiri dari serangkaian 5 komponen atau fase yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. 4) kelima fase tersebut tidak terpisahkan tetapi tumpang tindih, prosesnya berkelanjutan.

Pengkajian

- Kumpul data
- Validasi data
- Memilahkan data
- Mencatat data

Diagnosa

- Analisa data
- Merumuskan diagnosa
- Validasi diagnosis

Perencanaan

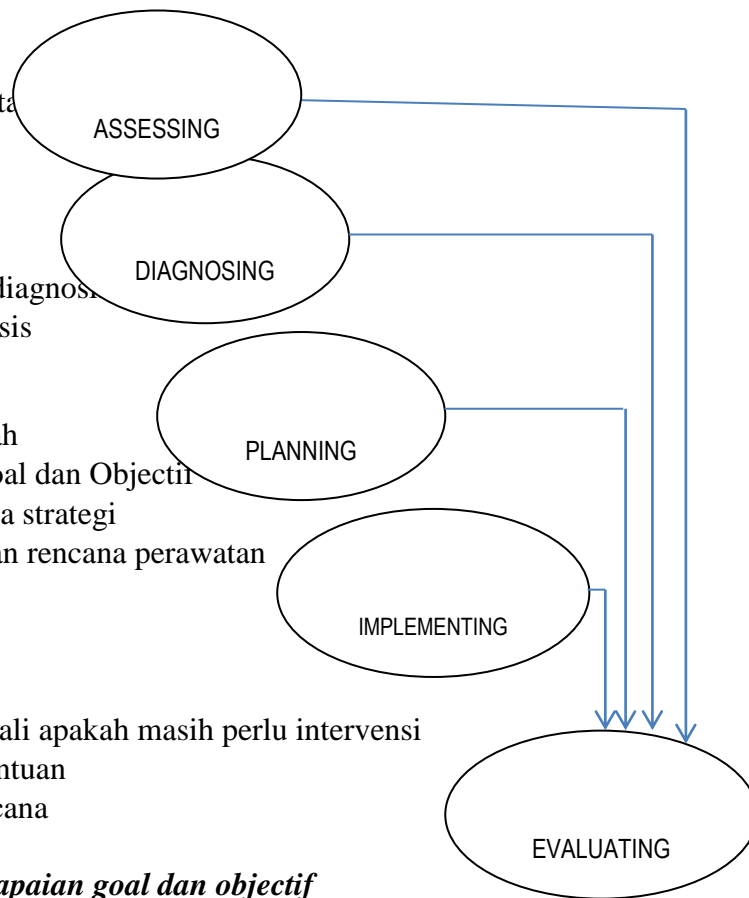
- Prioritas masalah
- Menentukan Goal dan Objectif
- Memilih rencana strategi
- Mengembangkan rencana perawatan

Pelaksanaan

- Mengkaji kembali apakah masih perlu intervensi
- Menentukan bantuan
- Melakukan rencana
- Dokumen

Evaluasi menilai pencapaian goal dan objectif

- Menghentikan tindakan pada goal yang tercapai
- Kaji dan modifikasi rencana



Gambar 1. Proses Keperawatan

KARAKTERISTIK DAN ALASAN PENGGUNAAN PROSES KEPERAWATAN

Karakteristik penggunaan proses keperawatan :

Proses keperawatan menyediakan suatu kerangka berpikir dan bertindak dengan menggunakan pengetahuan ilmiah dan keterampilan pada saat perawat mengekspresikan kepeduliannya terhadap manusia dan membantu mereka memenuhi kebutuhan kesehatannya. Proses keperawatan ditandai dengan kekhasan yang unik yang mampu menganggapi perubahan status kesehatan pasien. Adapun ciri-ciri tersebut mencakup:

1. Sistemnya terbuka dan fleksibel untuk memenuhi kebutuhan unik pasien, keluarga, kelompok, atau masyarakat
2. Bersifat siklus dan dinamis karena semua tahap berhubungan, tidak ada yang absolut untuk memulai dan mengakhiri

3. Berpusat pada pasien; pendekatan individu untuk setiap pasien khususnya kebutuhan pasien
4. Interpersonal dan kolaboratif. Membutuhkan perawat untuk berkomunikasi secara langsung dan secara konsisten dengan pasien untuk memenuhi kebutuhannya
5. Terencana
6. Mengijinkan perawat dan pasien berkreasi menciptakan cara mengatasi masalah kesehatan yang sudah dirumuskan
7. Menekankan pada umpan balik yang mengarah pada pengkajian kembali masalah atau memperbaiki rencana perawatan.
8. Dapat dipakai dimana saja; proses keperawatan digunakan sebagai kerangka untuk asuhan keperawatan pada setiap jenis tatanan pelayanan kesehatan, dengan pasien pada semua kelompok usia.
9. Sebagai metode ilmiah yang dilakukan melalui : investigasi, observasi dan analisa.

ALASAN MENGGUNAKAN PROSES KEPERAWATAN

1. Agar mutu pelayanan dapat meningkat karena pendekatan / pelayanan secara sistimatis.
2. Mendorong pasien dan perawat untuk bersama – sama menentukan tujuan asuhan keperawatan yang diberikan.
3. Membantu perawat merencanakan proses keperawatan yang berpusat pada respon pasien secara menyeluruh (badan dan jiwa)

KEUNTUNGAN MENGGUNAKAN PROSES KEPERAWATAN :

1. Dapat melakukan pelayanan secara terorganisir
2. Mencegah kelalaian / pendobelan tindakan yang tidak diperlukan
3. Bisa menggunakan komunikasi perawatan yang lebih baik.
4. Fokus pelayanan pada respon pasien yang unik.
5. Meningkatkan fleksibilitas dalam memberikan pelayanan kesehatan secara individual.
6. Mendorong pasien untuk berpartisipasi
7. Membantu perawat untuk mendapatkan kepuasan.

PENUTUP

Proses keperawatan merupakan suatu pendekatan yang ilmiah yang digunakan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada setiap pasien, dalam setiap tatanan pelayanan kesehatan pada semua kelompok umur. Perawat dapat menunjukkan tanggungjawab dan

tanggung jawabnya terhadap semua tindakan yang diberikan melalui pendekatan ini karena selalu diawali dengan pengkajian yang sistematis, merumuskan diagnose dan merencanakan tindakan. Selanjutnya, setiap perawat dapat memberikan tindakan keperawatan pada pasien baik yang bersifat independen atau mandiri, kolaboratif maupun dependen. Tindakan perawat tersebut akan dievaluasi sesuai dengan kriteria yang ditetapkan dalam perencanaan. Apabila terdapat ketidaksesuaian atau belum mendapatkan hasil yang baik perawat dapat merevisi rencana tindakan atau mengkaji kembali dan meninjau kembali diagnose serta rencana keperawatan. Dengan demikian pendekatan ini fleksibel dan dinamis, dapat dikomunikasikan kepada tim pemberi pelayanan kesehatan dan terbuka untuk perubahan. Manfaat menggunakan pendekatan ini sangat berarti bagi pasien, perawat dan tim kesehatan lainnya. Bagi perawat sendiri akan mendapatkan kepuasan atas hasil yang dicapai karena dikerjakan secara sistematis dengan melibatkan pasien, keluarga, dan juga tim kesehatan lainnya. Disini, perawat tidak perlu melakukan kelalaian karena semuanya tercatat dengan baik dan dikerjakan secara terorganisir. Pasien juga merasa puas karena dilibatkan dan tim kesehatan lainnya dapat dengan mudah mengakses ke dalam asuhan keperawatan sehingga dapat bekerja sama dengan baik karena adanya komunikasi yang baik.

Rujukan:

1. Kozier, B., Erb. G., dan Blais. K., 1997., *Profesional Nursing Practice: Concepts and Perspectives*, Third Edition, Addison Wesley, Menlo Park California.
2. Creasia. L.J., dan Parker, B., 1991., *Conceptual Foundation of Professional Nursing Practice*, Mosby Year Book, St. Louis
3. DeLaune C.S, dan Ladner K.P, 1998, *Fundamentals of Nursing : Standard and Practice*, Delmar Publisher, albany
4. Kozier B, Erb G dan Blais K, 1992, *concepts and Issues in Nursing Practice*, Second Edition. Addison – Wesley Nursing, Redwood City.
5. Kozier B. Erb G, Blais K and Wilkinson., 1995 *Fundamentals of Nursing : Concepts, Process and Practice*, Fifth Edition, Addison – Wesley Nursing, Redwood City.
6. Mc Coppin, B & Gardner, H., 1994, “ *Tradition & Reality: Nursing and Politics in Australia*, Churchill Livingstone, Melbourne

7. Potter A.P. & Perry G.A, 1993, Fundamentals Of Nursing; Concepts, Process, and practice, third edition, Mosby Year Book, Philadeplhia
8. Laddy, S., dan Pepper, M.J., 1993, Conceptual Bases of Professional Nursing, Third Edition, J.B.Lipponcott Company, Philadelphia

OBJECTIVE TES

1. Seorang pasien laki-laki 20 tahun bertanya kepada perawat mengapa dia dikompres dingin pada axila (ketiak) untuk menurunkan panas. Apakah yang ditekankan oleh keperawatan dari kasus tersebut pada awal perkembangan proses keperawatan?
 - a. Alasan dari tindakan keperawatan
 - b. Komunikasi keperawatan
 - c. Pendekatan interpersonal
 - d. Tindakan yang sistematis
 - e. Proses keperawatan
2. Seorang pasien perempuan usia 30 tahun datang ke instalasi gawat darurat karena muntah-muntah dan diare. Perawat langsung melakukan pengkajian. Apa yang perlu disediakan oleh perawat sebelum pengkajian pasien Menurut Kelly(1966)?
 - a. Peralatan pengkajian
 - b. Format pengkajian
 - c. Persiapan perawat
 - d. Persiapan pasien
 - e. Kontrak pasien
3. Seorang perempuan 56 tahun dirawat di ruangan interna karena mengalami gagal ginjal. Perawat hendak merawat dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Apa aritnya pendekatan tersebut?
 - a. Perawat mulai dengan pengkajian, analisa data, diagnose, dan rencana, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi
 - b. Perawat melakukan kegiatan keperawatan secara sistematis dan terorganisir dengan menggunakan pendekatan ilmiah yang terdiri dari 5 langkah
 - c. Perawat melakukan pengkajian data subyektif dan obyektif dan melaporkannya kepada dokter untuk selanjutnya mendapatkan terapi
 - d. Suatu pendekatan yang berdasarkan keluhan yang dirasakan pasien dengan melakukan kerja sama dengan tim kesehatan lainnya
 - e. Keluarga perlu dilibatkan secara total dalam merawat pasien walaupun perawat yang menetapkan diagnose, dan merencanakan tindakan.
4. Seorang perawat senior menginstruksikan kepada mahasiswa perawat untuk merawat pasiennya masing-masing. Karena menurut perawat tersebut metode ini ilmiah. Apakah artinya ilmiah?
 - a. Mempunyai alasan ilmiah
 - b. Telah diteliti secara empiris
 - c. Berdasarkan teory keperawatan
 - d. Sudah diinvestigasi, observasi dan analisa
 - e. Semua tindakan yang diberikan berdasarkan teori

5. Pasien seorang laki-laki usia 67 tahun masuk RSU karena stroke non hemorrhage. Pasien sulit menggerakkan ekstremitas kanannya. Perawat menetapkan diagnose hambatan mobilisasi fisik dan merencanakan membantu mobilisasi di tempat tidur. Apakah alasan perawat menggunakan pendekatan proses keperawatan pada pasien tersebut?
 - a. Latihan mobilisasi hanya akan terjadi bila pasien mau bekerja sama dengan perawat
 - b. Tidak akan terjadi kelalaian bila perawat sudah merencanakan dengan baik
 - c. Pasien dan keluarga dapat belajar lebih banyak dari perawat
 - d. Mutu pelayanan yang diberikan perawat dapat meningkat
 - e. Perawat mendapatkan kepuasan bila rencananya berhasil
6. Seorang perempuan dilarikan ke unit gawat darurat karena mengeluh nyeri dada yang sangat hebat dan berkeringat dingin. Pasien juga pingsan di kamar mandi. Perawat mengkaji dan merumuskan diagnose dan merancang perencanaan. Apakah kriteria merumuskan rencana?
 - a. Ada landasan ilmiah, didasarkan pada proses observasi, dan analisa mendalam
 - b. Merumuskan goal, objektif, rencana tindakan, alasan ilmiah, dan dokumentasi
 - c. Menetapkan prioritas, goal, objektif, memilih strategi, dan rencana tindakan**
 - d. Harus ada diagnose keperawatan, harus ada alasan tindakan dan goal
 - e. Merumuskan diagnose, rencana, pelaksanaan, dan evaluasi

Kunci Jawaban:

NO	JAWABAN
1	a
2	b
3	b
4	d
5	a
6	c

BAB III
PENGKAJIAN KEPERAWATAN
Yoani Maria V.B.Aty
M.Margareth Ulemadja Wedho, SKp, MHSc

TUJUAN PEMBELAJARA:

Tujuan Pembelajaran

1. Mahasiswa mampu melakukan anamnesis pada pasien
2. Mahasiswa mampu melakukan pemeriksaan fisik dari kepala sampai kaki

1. Pengertian

Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional pasien pada saat ini dan waktu sebelumnya, serta untuk menentukan pola respon pasien saat ini dan waktu sebelumnya (Potter,Perry,2009:838). Menurut Muttagi, Arif (2010) pengkajian adalah usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari pasien meliputi usaha pengumpulan data tentang status kesehatan seorang pasien secara sistematis, emenyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan. Pengkajian adalah cara pemeriksaan yang dilakukan dengan wawancara baik langsung pada klien (Auto anamnese) atau pada orang tua atau sumber lain (Allo anamnese 80% untuk menegakkan diagnosa didapatkan dari anamnese.

Modalitas Pengkajian Keperawatan

Dalam melakukan pengkajian, perawat perlu membekali diri dengan pengetahuan dan ketrampilan yang optimal agar pelaksanaannya menjadi sistematis sehingga saat dilakukan analisa data dapat tergali secara menyeluruh sesuai dengan permasalahan kesehatan yang dialami oleh pasien. Modalitas dalam pengkajian secara umum terdiri dari anamnesis dan pemeriksaan fisik.

Data yang perlu dianamnesa oleh perawat melalui wawancara meliputi keluhan utama, riwayat kesehatan masa lalu dan saat ini, riwayat penyakit keluarga, riwayat obat-obatan, riwayat psikososial, gaya hidup, penyimpangan dari normal.

Tujuan pengkajian

Pengkajian sangat bermanfaat untuk menetapkan masalah melalui analisis data, sebagai hasil pengkajian. Pengkajian menjadi parameter yang penting dan menduduki urutan pertama

dalam suatu rangkaian proses keperawatan, sehingga pengkajian harus dilakukan dengan baik dan untuk itu perlu dilakukan latihan secara terus menerus.

Tujuan pengkajian keperawatan meliputi :

1. Mendapatkan kstatus pasien secara umum
2. Mengkaji fungsi fisiologis dan patologis atau gangguan
3. Mengenal secara dini adanya masalah keperawatan pasien baik aktual maupun resiko
4. Mengidentifikasi penyebab masalah keperawatan
5. Menyusun data dasar (*database*) mengenai kebutuhan, masalah kesehatan dan respon klien terhadap masalah.
6. Menambah, mengkonfirmasi serta mengidentifikasi diagnosis keperawatan
7. Membuat penilaian klinis tentang perubahan status kesehatan klien dan pelaksanaannya.
8. Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan.
9. Mengumpulkan informasi relevan yang akan membentuk dasar perencanaan, implementasi, dan evaluasi sistemik keperawatan.

1. Komponen Pengkajian

Pengkajian keperawatan (gambar 2) secara komperhensif yang dilaksanakan perawat secara umum meliputi anamnesis pada klien, keluarga, dan perawat lain; pemeriksaan fisik; pengkajian diagnostik; pengkajian penatalaksanaan medis. Dalam makalah ini hanya akan dibahas anamnesis dan pemeriksaan fisik. Studi diagnosis dan penatalaksanaan medis akan dibahas pada mata ajar keperawatan medical bedah. Anamnesis juga disajikan hanya secara umum saja. Lebih mendalamnya pada pelajaran medical bedah I dan III pada semester III dan IV.

ANAMNESIS

Tujuan anamnesis:

- a) Untuk mendapatkan keterangan sebanyak-banyaknya mengenai penyakit klien
- b) Membantu menegakkan diagnosa sementara. Ada beberapa penyakit yang sudah dapat ditegaskan dengan anamnese saja
- c) Menetapkan diagnosa banding
- d) Membantu menentukan penatalaksanaan selanjutnya

Langkah-langkah anamnesis

1) Mula-mula dipastikan identitas klien dengan lengkap (informasi biografi):

Informasi biografi adalah data faktual mengenai klien. Informasi tersebut meliputi usia, alamat, pekerjaan, status pernikahan, fasilitas kesehatan yang didatangi, dan jenis asuransi.

2) Keluhan utama: Pengkajian anamnesis keluhan utama didapat dengan menanyakan tentang gangguan terpenting yang dirasakan klien sampai perlu pertolongan, dan menyebabkan penderita datang berobat kemudian ditanya keluhan tambahan.

3) Riwayat kesehatan saat ini :

Riwayat penyakit sekarang merupakan serangkaian wawancara yang dilakukan perawat untuk menggali permasalahan klien berdasarkan keluhan utama dapat dijelaskan juga bahwa riwayat kesehatan saat ini yakni sejak klien menunjukkan gejala pertama sampai saat dilakukan anamnesis/klien meminta pertolongan pertama, misalnya sejak kapan keluhan dirasakan, berapa lama dan berapa kali keluhan tersebut terjadi, bagaimana sifat dan hebatnya keluhan, dimana pertama kali keluhan timbul, apa yang sedang dilakukan ketika keluhan itu terjadi, keadaan apa yang memperberat atau memperingan keluhan, ada tidaknya usaha untuk mengurangi keluhan sebelum mendapat pertolongan, serta berhasil atau tidak usaha tersebut. Setiap keluhan harus ditanya sedetail-detailnya. Beberapa hal yang harus diungkapkan pada setiap gejala yang dirasakan klien adalah lamanya timbul gejala (durasi), lokasi penjaran, sifat keluhan (karakter), berat ringan, permulaan timbulnya (Onset), faktor-faktor yang memperingan dan memperberat, dan gejala yang menyertai.

4) Riwayat penyakit terdahulu :

Perawat menanyakan penyakit-penyakit yang pernah dialami sebelumnya. Misalnya apakah pasien pernah dirawat sebelumnya, dengan penyakit apa, apakah pernah mengalami sakit berat, jenis penyakitnya; apakah pernah dioperasi, dirawat di rumah sakit dan berapa lama. Pada data ini juga ditanyakan kondisi yang berkaitan langsung dengan penyakit sekarang maupun yang tidak ada kaitannya.

1. Pengobatan yang lalu dan riwayat alergi

Beberapa obat yang diminum oleh klien pada masa lalu, seperti obat kortikosteroid, obat anti hipertensi. Catat adanya efek samping yang terjadi pada masa lalu. Selain itu tanyakan alergi obat dan reaksi yang timbul.

2. Riwayat keluarga

Penyakit yang dialami oleh anggota keluarga dekat atau anggota keluarga yang tinggal serumah. Adakah anggota keluarga yang meninggal, penyebab kematiannya. Hal ini penting untuk mengetahui penyakit keturunan dalam keluarga misalnya sakit jantung, hemofilia, dsb

3. Riwayat pekerjaan dan kebiasaan

Perawat menanyakan situasi tempat bekerja dan lingkungannya, kebiasaan sosial(kebiasaan pola hidup ; konsumsi alkohol, merokok dsb). Perlu ditanyakan juga tentang suku, agama dan ras yang dianut oleh klien.

4. Status perkawinan

Perlu ditanyakan tentang status perkawinan, dan kondisi kehidupan kondisi pasangan dan anak-anak, kehidupan seksual, dan impotensi yang berkaitan dengan penyakit berat seperti gagal jantung kronis.

5. Riwayat psikososial

Riwayat psikososial menjelaskan tentang sistem pendukung, biasanya adalah pasangan, anak, anggota keluarga lain dan teman dekat. Data ini penting juga ditanyakan mengenai respon klien saat mengalami tekanan, misalnya membaca, sharing dengan teman. Data ini juga membuat perawat memahami tanda berkecemasan yang dialami oleh klien.

6. Analisis sistem (review of system)

Ketrampilan yang harus dikuasai dalam melakukan anamnesi

- a. Memberikan kesempatan kepada klien untuk menceritakan permasalahan yang dihadapinya (menggunakan kata-kata sendiri)
- b. Gunakan pertanyaan terbuka dan tertutup secara tepat, mulailah dengan pertanyaan terbuka lalu diikuti dengan pertanyaan tertutup
- c. Dengar penuh perhatian, beri kesempatan pada klien menyelesaikan ceritanya dan jangan menginterupsi.
- d. Berilah kesempatan kepada klien untuk memberikan respon baik secara verbal maupun nonverbal. Teknik yang digunakan bisa pemberian dukungan/dorongan, adanya pengulangan, parafrase, interpretasi
- e. Memahami isyarat verbal dan nonverbal klien.
- f. Mengklarifikasi pernyataan klien yang kurang jelas, atau yang membutuhkan suatu keterangan tambahan

- g. Secara berkala buatlah ringkasan dari pernyataan yang dibuat klien untuk memverifikasi pengertian perawat. Mintalah koreksi atas pernyataan perawat atau minta klien untuk memberikan keterangan tambahan.
- h. Gunakan pertanyaan yang ringkas dan mudah dipahami. Hindari menggunakan istilah-istilah medis yang tidak dipahami oleh klien.

ANAMNESIS PADA SISTEM INTEGUMEN

1) Keluhan Utama

Adanya lesi, kemerahan, memar, gatal, bintik-bintuik merah

2) Riwayat kesehatan saat ini

Apakah klien mengalami trauma kulit akibat panas, dingin atau stres, keterbukaan terhadap materi toksik, berjalan-jalan ke tempat terbuka, atau terkena basil perawatan. Apakah klien memperhatikan perubahan warna pada kulit, apakah klien menghabiskan waktu berlebihan di luar. Apakah menggunakan pelindung matahari dan berapa banyak perlindungannya.

3) Riwayat kesehatan Masa Lalu

Tanyakan frekuensi mandi dan sabun yang digunakan. Tanyakan apakah menggunakan obat-obatan topikal, bantal pemanas kulit, apakah klien memiliki riwayat alergi

4) Riwayat kesehatan Keluarga

Apakah ada anggota keluarga yang mengalami gangguan kulit yang serius seperti kanker kulit atau psoriasis.

ANAMNESIS PADA SISTEM RESPIRATORI

1) Keluhan Utama :

Sesak napas, gelisah, frekuensi pernafasan sedikit meningkat, Frekuensi jantung sedikit meningkat, Batuk , Hemoptisis ,Nyeri dada, nafsu makan menurun, BB menurun secara drastis, dan keringat malam hari.

2) Riwayat Penyakit Sekarang

Batuk

Kejadiannya : tiba-tiba atau perlahan, sudah berapa lama, sifat batuk : kering, lembab, keras, produktif, non produktif, Pola : kontinyu, kadang-kadang, Kejadian batuk pada waktu tertentu, posisi atau kegiatan, cuaca,Beratnya gejala yang menyertai : nyeri, napas pendek,

wheezing, faktor yang memperinganan : penguapan, obat-obatan.

Sesak Napas

- Kejadian : tiba-tiba atau perlahan
- Sifat : dicetuskan oleh mencekik atau menyumbat
- Pola : berhubungan dengan aktifitas atau posisi; terus menerus atau intermiten
- Gejala yang menyertai : nyeri, batuk dan berkeringat dingin (diaphoresis) Factor yang memperingan

Nyeri Dada

- Lokasi/radiasi
- Sifat : stabil, tumpul, tertusuk, terbakar, squeezing, menghancurkan
- Gejala yang menyertai : pening, mual, berkeringat dingin, palpitasi atau berdebar-debar
- Faktor yang memperburuk
- Faktor yang memperingan

3) Riwayat Penyakit Dahulu

Perawat menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami sebelumnya. Misalnya apakah klien pernah dirawat sebelumnya, apak pernah menderita sakit berat. Pengobatan yang lalu, dan apakah ada riwayat alergi. Bagaimana asupan nutrisi sehari-hari, apakah ada pantangan makanan.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Adakah keluarga yang mengalami sesak napas, batuk yang lama dan batuk darah.

5) Riwayat Pekerjaan dan kebiasaan

Perawat menanyakan tempat kerja dan lingkungan tempat tinggal. Kebiasaan sosial, pola hidup seperti kebiasaan minum alkohol, kebiasaan merokok.

ANAMNESIS PADA SISTEM KARDIOVASKULAR

Keluhan utama : perawat menanyakan gangguan terpenting yang dirasakan klien sampai perlunya pertolongan, yaitu :

- Nyeri dada: salah satu gejala paling umum pada pasien menderita penyakit kardiovaskular. Oleh karena itu, pertanyaan tentang nyeri dada adalah salah satu komponen yang penting dalam wawancara pengkajian. Pasien mengatakan bahwa nyeri makin buruk ketika berbaring, bergerak, atau napas dalam, mungkin nyeri tersebut disebabkan oleh perikarditis.

- Dispnea: akibat dari tidak efisiennya pompa ventrikel kiri, yang menyebabkan kongesti aliran darah di paru. Dispnea adalah keluhan pasien karena kesulitan napas sebenarnya, bukan sekedar sesak napas.
- Edema kaki dan tungkai
- Palpitasi dan sinkop

Palpitasi adalah kesadaran akan tidak teraturnya atau cepatnya denyut jantung g. perawat menanyakan tentang adanya pusing, pingsan, atau sinkop yang menyertai palpitasi.

- Batuk dan hemoptisis
- Nokturia
- Sianosis

Riwayat Kesehatan Saat Ini

Perawat menanyakan tentang perjalanan sejak timbulnya gejala hingga klien meminta pertolongan. Pertanyaan yang diberikan perawat adalah:

1. Sejak kapan keluhan dirasakan,
2. Berapa lama dan berapa kali keluhan tersebut terjadi,
3. Bagaimana sifat dan hebatnya keluhan,
4. Dimana pertama kali keluhan timbul,
5. Apa yang sedang dilakukan ketika keluhan timbul,
6. Keadaan yang memperberat dan memperringan keluhan, adakah usaha untuk mengurangi keluhan,
7. Berhasil atau tidaknya keluhan tersebut.

Riwayat Kesehatan dahulu

Ketika mengkaji riwayat kesehatan pasien sebelumnya, perawat menanyakan penyakit pada masa kanak-kanak seperti demam rematik dan penyakit sebelumnya seperti pneumonia, TBC, tromboflebitis, emboli paru, IM, DM, penyakit thyroid, atau nyeri dada. Perawat juga menanyakan tentang pemajanan terhadap materi kardiotoxik di lingkungan kerja. Terakhir, perawat mencari informasi tentang letak bedah jantung dan setiap pemeriksaan atau intervensi terhadap jantung yang pernah dilakukan.

Riwayat Keluarga

Perawat menanyakan tentang usia dan kondisi kesehatan, atau usia dan penyebab kematian, anggota keluarga terdekat, termasuk orang tua, kakek-nenek, saudara, anak, dan cucu. Perawat menanyakan tentang masalah kardiovaskular seperti hipertensi, peningkatan kadar kolesterol, penyakit arteri koroner, IM, stroke, dan penyakit vascular perifer.

Riwayat Sosial dan personal

Meskipun gejala fisik memberi banyak tanda berhubungan dengan asal dan penyebaran penyakit jantung, riwayat sosial dan personal juga berperan terhadap status kesehatan pasien. Perawat bertanya tentang keluarga pasien, suami atau istri atau orang lain yang berarti dan anak-anak. Informasi tentang lingkungan kehidupan pasien, rutinitas harian, aktifitas seksual, pekerjaan, pola coping, dan keyakinan cultural dan spiritual berkontribusi terhadap pemahaman perawat tentang pasien sebagai manusia dan memandu interaksi dengan pasien dan keluarga.

ANAMNESIS PADA SISTEM PENCERNAAN

1. Keluhan utama

Keluhan utama didapatkan dengan menanyakan tentang gangguan terpenting yang dirasakan pasien sampai perlu pertolongan. Keluhan utama pada pasien gangguan sistem pencernaan secara umum antara lain;

a. Nyeri

Keluhan nyeri dari pasien sering menjadi keluhan utama dari pasien untuk meminta pertolongan kesehatan yang bersumber dari masalah saluran gastrointestinal dan organ aksesoris. Dalam mengkaji nyeri, perawat dapat melakukan pendekatan PQRST, sehingga pengkajian dapat lebih komprehensif. Kondisi nyeri biasanya bergantung pada penyebab dasar yang juga mempengaruhi lokasi dan distribusi penyebaran nyeri.

b. Mual muntah

Keluhan mual muntah merupakan kondisi yang sering dikeluhkan dan biasanya selalu berhubungan dengan kerja involunter dari gastrointestinal. Mual (Nausea) adalah sensasi subjektif yang tidak menyenangkan dan sering mendahului muntah. Mual disebabkan oleh distensi atau iritasi dari bagian mana saja dari saluran gastrointestinal, tetapi juga dapat dirangsang oleh pusat-pusat otak yang lebih tinggi. Interpretasi mual terjadi di medulla, bagian samping, atau bagian dari pusat muntah. Muntah merupakan salah satu cara traktus

gastrointestinal membersihkan dirinya sendiri dari isinya ketika hampir semua bagian atau traktus gastrointestinal teriritasi secara luas, sangat kembung atau sangat terangsang

c. Kembung dan sendawa (Flatulens)

Akumulasi gas didalam saluran gastrointestinal dapat mengakibatkan sendawa yaitu pengeluaran gas dari lambung melalui mulut atau flatulens yaitu pengeluaran gas dari rectum. Sendawa terjadi jika menelan udara dimana cepat dikeluarkan bila mencapai lambung. Biasanya, gas di usus halus melewati kolon dan di keluarkan. Pasien sering mengeluh kembung, distensi, atau merasa penuh dengan gas.

d. Ketidaknyamanan abdomen

Ketidaknyamanan pada abdomen secara lazim berhubungan dengan gangguan saraf lambung dan gangguan saluran gastrointestinal atau bagian lain tubuh. Makanan berlemak cenderung menyebabkan ketidaknyamanan karena lemak tetap berada di bawah lambung lebih lama dari protein atau karbohidrat. Sayuran kasar dan makanan yang sangat berbumbu dapat juga mengakibatkan penyakit berat. Ketidaknyamanan atau distress abdomen bagian atas yang berhubungan dengan makanan yang merupakan keluhan utama dari pasien dengan disfungsi gastrointestinal. Dasar distress gerakan abdomen ini merupakan gerakan peristaltic lambung pasien sendiri. Defekasi dapat atau tidak dapat menghilangkan nyeri

e. Diare

Diare adalah peningkatan keenceran dan frekuensi feses. Diare dapat terjadi akibat adanya zat terlarut yang tidak dapat diserap di dalam feses, yang disebut diare osmotic, atau karena iritasi saluran cerna. Penyebab tersering iritasi adalah infeksi virus atau bakteri di usus halus distal atau usus besar. Iritasi usus oleh suatu pathogen mempengaruhi lapisan mukosa usus sehingga terjadi peningkatan produk-produk sekretorik termasuk mucus. Iritasi oleh microba juga mempengaruhi lapisan otot sehingga terjadi peningkatan motilitas. Peningkatan motilitas menyebabkan banyak air dan elektrolit terbuang karena waktu yang tersedia untuk penyerapan zat-zat tersebut di kolon berkurang. Individu yang mengalami diare berat dapat meninggal akibat syok hipovolemik dan kelainan elektrolit

f. Konstipasi

Konstipasi adalah defekasi yang sulit atau jarang. Frekuensi defekasi berbeda-beda setiap orang sehingga definisi ini bersifat subjektif dan dianggap sebagai penurunan relative jumlah buang air besar pada seseorang. Defekasi dapat menjadi sulit apabila feses mengeras dan kompak. Hal ini terjadi apabila individu mengalami dehidrasi atau apabila tindakan BAB ditunda sehingga memungkinkan lebih banyak air yang terserap keluar sewaktu feses berada di usus besar. Diet berserat tinggi mempertahankan kelembaban feses dengan cara menarik

air secara osmosis kedalam feses dan dengan merangsang peristaltic kolon melalui peregangan, dengan demikian, orang yang makan makanan rendah serat atau makanan yang sangat dimurnikan beresiko lebih besar mengalami konstipasi. Olahraga mendorong defekasi dengan merangsang saluran gastrointestinal secara fisik. Dengan demikian orang yang sehari-hari jarang bergerak beresiko tinggi mengalami konstipasi.

Selain keluhan tersebut perlu ditanyakan juga apakah klien mengalami nyeri abdomen, kelainan pada feses seperti adanya feses yang berwarna kehitaman (melenas)

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Apakah baru-baru ini klien mendapatkan tablet atau obat-obatan (dijelaskan warna, ukuran, dari nama dan dosisnya). Kaji apakah pasien menggunakan obat dengan kandungan preparat besi atau ferum karena obat ini akan mempengaruhi perubahan konsistensi dan warna feses (agak kehitaman). Apakah klien pernah menggunakan laksatik saat BAB?. Beberapa obat dengan zat-zat tertentu juga bersifat racun terhadap fisiologi kerja hati dan memberikan resiko peradangan. Perawat mengkaji apakah klien memiliki alergi akan beberapa komponen makanan atau obat yang pernah dikonsumsi, adakah berdampak terjadinya diare?

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Apakah klien pernah mengalami pembedahan abdomen atau trauma. Apakah terjadi penurunan berat badan, riwayat mengkonsumsi alkohol, mengalami sakit ginjal, hipertensi, atau penyakit jantung.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pengaruh riwayat kesehatan keluarga dalam gangguan sistem gastrointestinal mempunyai kemungkinan yang minim karena kebanyakan gangguan-gangguan tersebut bukan merupakan kelainan genetik atau penyakit turunan. Jika ada, kemungkinan pada keluarga dengan riwayat penyakit kanker ataupun keluarga dengan riwayat cacian.

ANAMNESIS SISTEM PERSARAFAN

Keluhan Utama

Keluhan Utama pada klien dengan gangguan sistem saraf adalah kelemahan anggota badan, bicara pelo, kejang, nyeri kepala hebat, nyeri otot, sakit punggung, tingkat kesadaran menurun, akral dingin, Perubahan pada emosi, perhatian atau bicara. Keluhan lain adalah

Perubahan pada orientasi daya ingat atau memori, wawasan, atau penilaian, delirium atau demensia, Pening atau vertigo, mual, sensasi yang abnormal atau menghilang, tremor atau gerakan involunter.

Riwayat Penyakit Sekarang

Pada gangguan neurologis riwayat penyakit sekarang adalah adanya riwayat trauma, riwayat jatuh, keluhan mendadak lumpuh pada saat klien melakukan aktivitas, keluhan pada gastrointestinal seperti mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadar, gelisah, letargi, lelah, penggunaan obat-obatan sedatif, antipsikotik, perangsang saraf, dll.

Riwayat Penyakit Dahulu

Pada tahap ini perawat menanyakan penyakit yang pernah diderita pasien pada masa kanak – kanak sampai pada usia dewasa. Perawat menanyakan riwayat kesehatan dahulu dari pasien dengan menanyakan apakah pasien pernah mengalami penyakit hipertensi, penyakit jantung, stroke, diabetes, trauma, karsinoma, atau gangguan neurologis lainnya.

Pengkajian Psikososial

Pada tahap ini meliputi kepribadian serta minat pasien, sumber – sumber dukungan, cara pasien mengatasi persoalan, kekuatan dan ketakutannya. Bagian ini harus mencakup pekerjaan dan tahun terakhir pasien sekolah situasi di rumah serta hal – hal signifikan lainnya, sumber – sumber stres baik yang lama maupun yang sekarang, pengalaman hidup, riwayat pekerjaan, situasi keuangan, aktifitas di waktu senggang, agama dan kepercayaan, dan aktivitas hidup sehari – hari.

ANAMNESIS PADA SISTEM URINARI

Keluhan Utama :

Keluhan utama yang perlu ditanyakan kepada pasien adalah :

- a. Adanya rasa nyeri: kaji lokasi, karakter, durasi, dan hubungannya dengan urinasi; faktor-faktor yang memicu rasa nyeri dan yang meringankannya.
- b. Adanya gejala panas atau menggigil, sering lelah, perubahan berat badan, perubahan nafsu makan, sering haus, retensi cairan, sakit kepala, pruritus, dan penglihatan kabur.
- c. Disuria : kapan keluhan ini terjadi pada saat urinasi awal (pada awal urinasi atau akhir urinasi).

- d. Inkontinensia (stress inkontinensia; urge incontinence; overflow incontinence; inkontinensia fungsional). Adanya inkontinensia fekal menunjukkan tanda neurologik yang disebabkan oleh gangguan kandungkemih.
- e. Hematuria, perubahan warna atau volume urin.
- f. Nokturia dan kapan dimulainya
- g. Adanya retensi urin

Riwayat Kesehatan Saat Ini

Ketika mendapatkan riwayat kesehatan, kita harus menggunakan bahasa serta istilah yang dapat dipahami pasien dan menyadari perasaan sungkan atau tidak nyaman yang dirasakan pasien dalam membicarakan fungsi serta gejala urogenital. Pasien mungkin lupa atau menyangkal gejala tersebut karena rasa cemas atau sungkan. Penyakit renal harus dibedakan dengan penyakit urinarius. Disfungsi ginjal dapat menimbulkan serangkaian gejala yang kompleks dan tampak diseluruh tubuh. Riwayat yang perlu ditanyakan kepada pasien adalah :

1. Riwayat infeksi traktus urinarius.
2. Terapi atau perawatan rumah sakit yang pernah dialami untuk menangani infeksi traktus urinarius.
3. Sitoskopi sebelumnya, riwayat penggunaan kateter urin dan hasil – hasil pemeriksaan diagnostic renal atau urinarius.
4. Pola eliminasi
 - a. Kaji frekuensi, urgensi, dan jumlah urine output.
 - b. Kaji perubahan warna urin.
 - c. Kaji adanya darah dalam urin.
5. Kaji adanya dehidrasi ; dapat berkontribusi terjadinya infeksi saluran kemih, pembentukan batu ginjal, dan gagal ginjal.
6. Kaji jenis makanan yang sering dikonsumsi pasien. Makanan yang mengandung tinggi protein dapat menyebabkan pembentukan batu saluran kemih. Makanan pedas memperburuk keadaan inflamasi system perkemihan.
7. Kaji adanya anoreksia, mual, dan muntah. Keadaan tersebut dapat mempengaruhi status cairan.
8. Kaji kebiasaan mengkonsumsi suplemen vitamin, mineral, dan terapi herbal.
9. Penyakit pada usia kanak-kanak (strep throat, impetigo, sindrom nefrotik).
10. Batu ginjal (kalkuli renal), ekskresi batu kemih ke dalam urin.

11. Kelainan yang mempengaruhi fungsi ginjal atau traktus urinarius (diabetes mellitus, hipertensi, trauma abdomen, cedera medulla spinalis, kelainan neurologi, lain).
12. Untuk pasien wanita : jumlah dan tipe (persalinan pervaginaan vs sectio caesarea), persalinan dengan forseps, infeksi vagina, keputihan atau iritasi, penggunaan kontrasepsi.
13. Setiap paparan (okupasional, lingkungan atau rekreasional) terhadap racun yang berhubungan dengan traktus urinarius.
14. Adanya riwayat lesi genital atau penyakit menular seksual.

Gaya Hidup.

1. Kaji jumlah dan jenis cairan yang biasa diminum pasien : kopi, alkohol, minuman berkarbonat. Minuman tersebut sering memperburuk keadaan inflamasi system perkemihan.
2. Riwayat merokok
3. Riwayat penyalahgunaan obat atau alkohol
4. Kaji kebiasaan yang dilakukan, misalnya keseringan menahan air kemih.
5. Kaji kebiasaan untuk tidak melakukan BAK jika berada di lingkungan baru.

Riwayat Kesehatan Keluarga.

- a. Kaji adanya riwayat penyakit ginjal atau kandung kemih dalam keluarga (polisistik renal, abnormalitas kongenital saluran kemih, sindrom Alport's / nephritis hereditas).
- b. Kaji adanya masalah eliminasi yang dikaitkan dengan kebiasaan keluarga.

ANAMNESIS PADA SISTEM MUSKULOSKLETAL

Keluhan Utama

Nyeri :Identifikasi lokasi nyeri. Nyeri biasanya berkaitan dengan pembuluh darah, sendi, fascia, atau periosteum. Tentukan kualitas nyeri apakah sakit yang menusuk atau berdenyut biasanya berkaitan dengan tulang dan sakit berkaitan dengan otot, sedangkan nyeri yang menusuk berkaitan dengan fraktur atau infeksi tulang. Identifikasi nyeri apakah timbul setelah diberi aktivitas/gerakan. Nyeri saat bergerak merupakan satu masalah persendian. Degenerasi panggul menimbulkan nyeri selama badan bertumpu pada sendi tersebut. Degenerasi pada lutut menimbulkan nyeri selama dan setelah berjalan. Nyeri pada osteoarthritis makin meningkat pada suhu dingin. Tanyakan, kapan nyeri mulai meningkat apakah pagi atau malam hari. Tanyakan apakah nyeri hilang saat istirahat. Apakah nyerinya dapat diatasi dengan obat tertentu.

Kekuatan sendi. Tanyakan sendi mana yang mengalami kekakuan, lamanya kekuatan tersebut, dan apakah selalu terjadi remisi kekakuan beberapa kali sehari. Pada penyakit degenerasi sendi sering terjadi kekakuan yang meningkat pada pagi hari setelah bangun tidur.

Bengkak. Tanyakan beberapa lama terjadi pembengkakan, apakah juga disertai nyeri, karena bengkak dan nyeri sering menyertai sendi pada otot. Penyakit degenerasi sendi sering kali tidak timbul bengkak pada awal serangan, tetapi muncul setelah beberapa minggu terjadi nyeri.

Deformitas dan imobilitas. Tanyakan kapan terjadinya, apakah tiba-tiba atau bertahap, apakah menimbulkan keterbatasan gerak. Apakah semakin memburuk dengan aktivitas, apakah klien menggunakan alat bantu (kruk, tongkat, dll)

Perubahan sensori. Tanyakan apakah ada penurunan rasa pada bagian tubuh tertentu. Apakah menurunnya rasa atau sensori tersebut berkaitan dengan nyeri. Penekanan pada saraf dan pembuluh darah akibat bengkak, tumor atau fraktur dapat menyebabkan menurunnya sensasi.

Riwayat kesehatan saat ini

Sejak kapan timbul keluhan, apakah ada trauma akibat kecelakaan lalu lintas, kecelakaan olah raga, kecelakaan industri, jatuh, luka tusuk, luka tembak, kejatuhan benda keras. Pengkajian yang didapat meliputi hilangnya sensibilitas, paralisis, ileus paralitik, retensi urin, hilangnya refleks-refleks.

Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Data ini meliputi kondisi kesehatan individu. Data tentang adanya efek langsung atau tidak langsung terhadap, misalnya riwayat trauma atau kerusakan tulang rawan, riwayat arthritis, dan osteomielitis, osteoporosis, osteoarthritis. Masalah penyakit lain yaitu Diabetes Melitus, Hipertensi, jantung, anemia, penggunaan obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, dsb.

Riwayat psikososial spiritual pada gangguan sistem muskuloskeletal

Perawat mengkaji respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran klien dalam keluarganya serta masyarakat, pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat. Pada kasus osteomielitis akan timbul ketakutan terjadi kecacatan dan klien harus menjalani penatalaksanaan kesehatan untuk membantu

penyembuhan tulang. Selain itu, pengkajian juga meliputi kebiasaan hidup klien seperti penggunaan obat steroid yang dapat mengganggu metabolisme kalsium, konsumsi alkohol, yang dapat mengganggu keseimbangan, dan apakah klien melakukan olahraga. Klien akan kehilangan peran dalam keluarga dan masyarakat karena klien menjalani rawat inap. Dampak yang timbul pada klien osteomielitis yaitu timbul ketakutan akan kecacatan akibat prognosis penyakitnya, rasa cemas, rasa tidak mampu menjalankan aktifitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan citra diri).

PENGKAJIAN TANDA-TANDA VITAL

PENGERTIAN TANDA-TANDA VITAL

Tanda Vital adalah pengukuran tanda-tanda fungsi vital tubuh yang paling dasar yang meliputi nadi, respirasi, suhu dan tekanan darah (Janice L.Wilms *et al*, 2005).

MANFAAT PENGUKURAN TANDA-TANDA VITAL

Tanda-tanda vital berguna dalam mendeteksi atau pemantauan masalah medis, yang berkaitan dengan masalah kesehatan klien

PEDOMAN UNTUK MEMERIKSA TANDA-TANDA VITAL MENURUT POTTER (2006)

1. Perawat yang merawat klien bertanggungjawab terhadap pengkajian tanda-tanda vital
2. Peralatan harus berfungsi dan sesuai kondisi serta karakteristik klien
3. Perawat mengetahui batas normal menurut umur atau kondisi klien
4. Perawat mengetahui riwayat kesehatan klien, terapi, dan obat-obatan yang diberikan
5. Perawat mengontrol atau meminimalkan factor lingkungan yang mempengaruhi TTV
6. Berdasarkan kondisi klien perawat melakukan kolaborasi dengan dokter untuk menentukan frekuensi pengkajian tanda vital.
7. Perawat menganalisis hasil pengukuran TTV

WAKTU YANG TEPAT UNTUK MENGUKUR TTV

1. Saat Klien Masuk Rumah Sakit atau fasilitas kesehatan lain
2. Di Rumah sakit dengan frekuensi rutin sesuai dengan pesan dokter
3. Sebelum dan setelah prosedur operasi, prosedur diagnostic invasif
4. Sebelum dan sesudah pemberian obat-obatan yang mempengaruhi kardiovaskuler, respirasi, dan fungsi pengendali temperatur

5. Saat kondisi fisik umum klien berubah (juga termasuk peningkatan intensitas nyeri atau timbulnya kebingungan)
6. Sebelum dan sesudah intervensi keperawatan yang mempengaruhi TTV misalnya saat klien akan melakukan gerakan ROM (range of Motion)atau ambulasi untuk pasien yang tirah baring.

PENGUKURAN TANDA-TANDA VITAL YANG PALING UTAMA

1. SUHU TUBUH

Suhu tubuh normal seseorang bervariasi, tergantung pada jenis kelamin, aktivitas, lingkungan, makanan yang dikonsumsi, gangguan organ, waktu. Suhu tubuh normal, menurut *American Medical Association*, dapat berkisar antara 97,8 derajat Fahrenheit, atau setara dengan 36,5 derajat Celsius sampai 99 derajat Fahrenheit atau 37,2 derajat Celcius.

Asal Panas Pada Tubuh Manusia

Tubuh manusia merupakan organ yang mampu menghasilkan panas secara mandiri dan tidak tergantung pada suhu lingkungan. Tubuh manusia memiliki seperangkat sistem yang memungkinkan tubuh menghasilkan, mendistribusikan, dan mempertahankan suhu tubuh dalam keadaan konstan. Panas yang dihasilkan tubuh sebenarnya merupakan produk tambahan proses metabolisme yang utama.

Adapun suhu tubuh dihasilkan dari :

1. Laju metabolisme basal (*basal metabolisme rate*, BMR) di semua sel tubuh.
2. Laju cadangan metabolisme yang disebabkan aktivitas otot (termasuk kontraksi otot akibat menggigil).
3. Metabolisme tambahan akibat pengaruh hormon tiroksin dan sebagian kecil hormon lain, misalnya hormon pertumbuhan (*growth hormone* dan testosteron).
4. Metabolisme tambahan akibat pengaruh epineprine, norepineprine, dan rangsangan simpatis pada sel.
5. Metabolisme tambahan akibat peningkatan aktivitas kimiawi di dalam sel itu sendiri terutama bila temperatur menurun.

Berdasarkan distribusi suhu di dalam tubuh, dikenal suhu inti (*core temperatur*), yaitu suhu yang terdapat pada jaringan dalam, seperti kranial, toraks, rongga abdomen, dan rongga

pelvis. Suhu ini biasanya dipertahankan relatif konstan (sekitar 37°C). selain itu, ada suhu permukaan (*surface temperatur*), yaitu suhu yang terdapat pada kulit, jaringan sub kutan, dan lemak. Suhu ini biasanya dapat berfluktuasi sebesar 20°C sampai 40°C.

Sistem Pengaturan Suhu Tubuh

Suhu tubuh manusia cenderung berfluktuasi setiap saat. Banyak faktor yang dapat menyebabkan fluktuasi suhu tubuh. Untuk mempertahankan suhu tubuh manusia dalam keadaan konstan, diperlukan regulasi suhu tubuh. Suhu tubuh manusia diatur dengan mekanisme umpan balik (*feed back*) yang diperankan oleh pusat pengaturan suhu di hipotalamus. Apabila pusat temperatur hipotalamus mendeteksi suhu tubuh yang terlalu panas, tubuh akan melakukan mekanisme umpan balik. Mekanisme umpan balik ini terjadi bila suhu tubuh inti telah melewati batas toleransi tubuh untuk mempertahankan suhu, yang disebut titik tetap (*set point*). Titik tetap tubuh dipertahankan agar suhu tubuh inti konstan pada 37°C. apabila suhu tubuh meningkat lebih dari titik tetap, hipotalamus akan terangsang untuk melakukan serangkaian mekanisme untuk mempertahankan suhu dengan cara menurunkan produksi panas dan meningkatkan pengeluaran panas sehingga suhu kembali pada titik tetap.

Mekanisme Tubuh Ketika Suhu Tubuh Berubah

1. Mekanisme tubuh ketika suhu tubuh meningkat yaitu :

a. Vasodilatasi

Vasodilatasi pembuluh darah perifer hampir dilakukan pada semua area tubuh. Vasodilatasi ini disebabkan oleh hambatan dari pusat simpatis pada hipotalamus posterior yang menyebabkan vasokonstriksi sehingga terjadi vasodilatasi yang kuat pada kulit, yang memungkinkan percepatan pemindahan panas dari tubuh ke kulit hingga delapan kali lipat lebih banyak.

b. Berkeringat

Pengeluaran keringat melalui kulit terjadi sebagai efek peningkatan suhu yang melewati batas kritis, yaitu 37°C. pengeluaran keringat menyebabkan peningkatan pengeluaran panas melalui evaporasi. Peningkatan suhu tubuh sebesar 1°C akan menyebabkan pengeluaran keringat yang cukup banyak sehingga mampu membuang panas tubuh yang dihasilkan dari metabolisme basal 10 kali lebih besar. Pengeluaran keringat merupakan salah satu mekanisme tubuh ketika suhu meningkat melampaui ambang kritis. Pengeluaran keringat dirangsang oleh pengeluaran impuls di area

preoptik anterior hipotalamus melalui jaras saraf simpatis ke seluruh kulit tubuh kemudian menyebabkan rangsangan pada saraf kolinergik kelenjar keringat, yang merangsang produksi keringat. Kelenjar keringat juga dapat mengeluarkan keringat karena rangsangan dari epinefrin dan norefineprin.

c. Penurunan pembentukan panas

Beberapa mekanisme pembentukan panas, seperti termogenesis kimia dan menggigil dihambat dengan kuat.

2. Mekanisme tubuh ketika suhu tubuh menurun, yaitu :

a. Vasokonstriksi kulit di seluruh tubuh

Vasokonstriksi terjadi karena rangsangan pada pusat simpatis hipotalamus posterior.

b. Piloereksi

Rangsangan simpatis menyebabkan otot erektor pili yang melekat pada folikel rambut berdiri. Mekanisme ini tidak penting pada manusia, tetapi pada binatang tingkat rendah, berdirinya bulu ini akan berfungsi sebagai isolator panas terhadap lingkungan.

c. Peningkatan pembentukan panas

Pembentukan panas oleh sistem metabolisme meningkat melalui mekanisme menggigil, pembentukan panas akibat rangsangan simpatis, serta peningkatan sekresi tiroksin.

Penjalaran Sinyal Suhu Pada Sistem Saraf

Sinyal suhu yang dibawa oleh reseptor pada kulit akan diteruskan ke dalam otak melalui jaras spinotalamikus (mekanismenya hampir sama dengan sensasi nyeri). Ketika sinyal suhu sampai di tingkat medulla spinalis, sinyal akan menjalar dalam traktus Lissauer beberapa segmen di atas atau di bawah, dan selanjutnya akan berakhir terutama pada lamina I, II dan III radiks dorsalis.

Setelah mengalami percabangan melalui satu atau lebih neuron dalam medulla spinalis, sinyal suhu selanjutnya akan dijalarkan ke serabut termal asenden yang menyilang ke traktus sensorik anterolateral sisi berlawanan, dan akan berakhir di tingkat reticular batang otak dan kompleks ventrobasal thalamus. Beberapa sinyal suhu pada kompleks ventrobasal akan diteruskan ke korteks somatosensorik.

Faktor Yang Mempengaruhi Suhu Tubuh

1. Kecepatan metabolisme basal

Kecepatan metabolisme basal tiap individu berbeda-beda. Hal ini memberi dampak jumlah panas yang diproduksi tubuh menjadi berbeda pula. Sebagaimana disebutkan pada uraian sebelumnya, sangat terkait dengan laju metabolisme.

2. Rangsangan saraf simpatis

Rangsangan saraf simpatis dapat menyebabkan kecepatan metabolisme menjadi 100% lebih cepat. Disamping itu, rangsangan saraf simpatis dapat mencegah lemak coklat yang tertimbun dalam jaringan untuk dimetabolisme. Hampir seluruh metabolisme lemak coklat adalah produksi panas. Umumnya, rangsangan saraf simpatis ini dipengaruhi stress individu yang menyebabkan peningkatan produksi epineprin dan norepineprin yang meningkatkan metabolisme.

3. Hormone pertumbuhan

Hormone pertumbuhan (*growth hormone*) dapat menyebabkan peningkatan kecepatan metabolisme sebesar 15-20%. Akibatnya, produksi panas tubuh juga meningkat.

4. Hormone tiroid

Fungsi tiroksin adalah meningkatkan aktivitas hamper semua reaksi kimia dalam tubuh sehingga peningkatan kadar tiroksin dapat mempengaruhi laju metabolisme menjadi 50-100% diatas normal.

5. Hormone kelamin

Hormone kelamin pria dapat meningkatkan kecepatan metabolisme basal kira-kira 10-15% kecepatan normal, menyebabkan peningkatan produksi panas. Pada perempuan, fluktuasi suhu lebih bervariasi dari pada laki-laki karena pengeluaran hormone progesterone pada masa ovulasi meningkatkan suhu tubuh sekitar 0,3 – 0,6°C di atas suhu basal.

6. Demam (peradangan)

Proses peradangan dan demam dapat menyebabkan peningkatan metabolisme sebesar 120% untuk tiap peningkatan suhu 10°C.

7. Status gizi

Malnutrisi yang cukup lama dapat menurunkan kecepatan metabolisme 20 – 30%. Hal ini terjadi karena di dalam sel tidak ada zat makanan yang dibutuhkan untuk mengadakan

metabolisme. Dengan demikian, orang yang mengalami mal nutrisi mudah mengalami penurunan suhu tubuh (hipotermia). Selain itu, individu dengan lapisan lemak tebal cenderung tidak mudah mengalami hipotermia karena lemak merupakan isolator yang cukup baik, dalam arti lemak menyalurkan panas dengan kecepatan sepertiga kecepatan jaringan yang lain.

8. Aktivitas

Aktivitas selain merangsang peningkatan laju metabolisme, mengakibatkan gesekan antar komponen otot / organ yang menghasilkan energi termal. Latihan (aktivitas) dapat meningkatkan suhu tubuh hingga 38,3 – 40,0 °C.

9. Gangguan organ

Kerusakan organ seperti trauma atau keganasan pada hipotalamus, dapat menyebabkan mekanisme regulasi suhu tubuh mengalami gangguan. Berbagai zat pirogen yang dikeluarkan pada saat terjadi infeksi dapat merangsang peningkatan suhu tubuh. Kelainan kulit berupa jumlah kelenjar keringat yang sedikit juga dapat menyebabkan mekanisme pengaturan suhu tubuh terganggu.

10. Lingkungan

Suhu tubuh dapat mengalami pertukaran dengan lingkungan, artinya panas tubuh dapat hilang atau berkurang akibat lingkungan yang lebih dingin. Begitu juga sebaliknya, lingkungan dapat mempengaruhi suhu tubuh manusia. Perpindahan suhu antara manusia dan lingkungan terjadi sebagian besar melalui kulit.

Mekanisme Kehilangan Panas Melalui Kulit

Proses kehilangan panas melalui kulit dimungkinkan karena panas diedarkan melalui pembuluh darah dan juga disuplai langsung ke fleksus arteri kecil melalui anastomosis arteriovenosa yang mengandung banyak otot. Kecepatan aliran dalam fleksus arteriovenosa yang cukup tinggi (kadang mencapai 30% total curah jantung) akan menyebabkan konduksi panas dari inti tubuh ke kulit menjadi sangat efisien. Dengan demikian, kulit merupakan radiator panas yang efektif untuk keseimbangan suhu tubuh.

1. Radiasi

Radiasi adalah mekanisme kehilangan panas tubuh dalam bentuk gelombang panas inframerah. Gelombang inframerah yang dipancarkan dari tubuh memiliki panjang gelombang 5 – 20 mikrometer. Tubuh manusia memancarkan gelombang panas ke segala penjuru tubuh. Radiasi merupakan mekanisme kehilangan panas paling besar pada kulit (60%) atau 15% seluruh mekanisme kehilangan panas.

Panas adalah energi kinetik pada gerakan molekul. Sebagian besar energi pada gerakan ini dapat di pindahkan ke udara bila suhu udara lebih dingin dari kulit. Sekali suhu udara bersentuhan dengan kulit, suhu udara menjadi sama dan tidak terjadi lagi pertukaran panas, yang terjadi hanya proses pergerakan udara sehingga udara baru yang suhunya lebih dingin dari suhu tubuh.

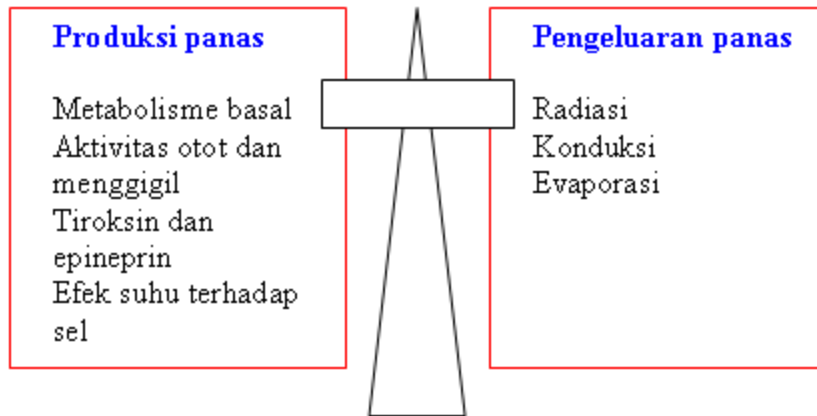
2. Konduksi

Konduksi adalah perpindahan panas akibat paparan langsung kulit dengan benda-benda yang ada di sekitar tubuh. Biasanya proses kehilangan panas dengan mekanisme konduksi sangat kecil. Sentuhan dengan benda umumnya memberi dampak kehilangan suhu yang kecil karena dua mekanisme, yaitu kecenderungan tubuh untuk terpapar langsung dengan benda relative jauh lebih kecil dari pada paparan dengan udara, dan sifat isolator benda menyebabkan proses perpindahan panas tidak dapat terjadi secara efektif terus menerus.

3. Evaporasi

Evaporasi (penguapan air dari kulit) dapat memfasilitasi perpindahan panas tubuh. Setiap satu gram air yang mengalami evaporasi akan menyebabkan kehilangan panas tubuh sebesar 0,58 kilokalori. Pada kondisi individu tidak berkeringat, mekanisme evaporasi berlangsung sekitar 450 – 600 ml/hari.

Hal ini menyebabkan kehilangan panas terus menerus dengan kecepatan 12 – 16 kalori per jam. Evaporasi ini tidak dapat dikendalikan karena evaporasi terjadi akibat difusi molekul air secara terus menerus melalui kulit dan system pernafasan.



Gambar 1. Keseimbangan antara produksi panas dan pengeluaran panas (Tamsuri Anas, 2007)

Selama suhu kulit lebih tinggi dari pada suhu lingkungan, panas hilang melalui radiasi dan konduksi. Namun ketika suhu lingkungan lebih tinggi dari suhu tubuh, tubuh memperoleh suhu dari lingkungan melalui radiasi dan konduksi. Pada keadaan ini, satu-satunya cara tubuh melepaskan panas adalah melalui evaporasi.

Memperhatikan pengaruh lingkungan terhadap suhu tubuh, sebenarnya suhu tubuh actual (yang dapat diukur) merupakan suhu yang dihasilkan dari keseimbangan antara produksi panas oleh tubuh dan proses kehilangan panas tubuh dari lingkungan.

4. Usia

Usia sangat mempengaruhi metabolisme tubuh akibat mekanisme hormonal sehingga memberi efek tidak langsung terhadap suhu tubuh. Pada neonatus dan bayi, terdapat mekanisme pembentukan panas melalui pemecahan (metabolisme) lemak coklat sehingga terjadi proses termogenesis tanpa menggigil (non-shivering thermogenesis). Secara umum, proses ini mampu meningkatkan metabolisme hingga lebih dari 100%. Pembentukan panas melalui mekanisme ini dapat terjadi karena pada neonatus banyak terdapat lemak coklat. Mekanisme ini sangat penting untuk mencegah hipotermi pada bayi.

Tabel 1. Perbedaan derajat suhu normal pada berbagai kelompok usia (Tamsuri Anas, 2007)

USIA	SUHU (°C)
3 bulan	37,5
6 bulan	37,5
1 tahun	37,7
3 tahun	37,2
5 tahun	37,0
7 tahun	36,8
9 tahun	36,7
11 tahun	36,7
13 tahun	36,6
Dewasa	36,4
> 70 tahun	36,0

Menurut Tamsuri Anas (2007), suhu tubuh dibagi menjadi :

- Hipotermi, bila suhu tubuh kurang dari 36°C
- Normal, bila suhu tubuh berkisar antara 36 - 37,5°C
- Febris / pireksia, bila suhu tubuh antara 37,5 - 40°C
- Hipertermi, bila suhu tubuh lebih dari 40°C

Definisi Pireksia

1. Menurut kamus keperawatan, pireksia (fever) adalah kenaikan suhu tubuh diatas suhu normal (Christine Hancock, ed 17, 1999)
2. Menurut kamus kedokteran, pireksia (febris, fever, demam) adalah peningkatan suhu tubuh di atas normal; setiap penyakit yang ditandai dengan peningkatan suhu tubuh (Dorland, 2002)

Suhu tubuh seseorang dapat diambil melalui :

- Oral

Suhu dapat diambil melalui mulut baik menggunakan termometer kaca klasik atau yang lebih modern termometer digital yang menggunakan probe elektronik untuk mengukur suhu tubuh.

- Dubur

Suhu yang diambil melalui dubur (menggunakan termometer gelas atau termometer digital) cenderung 0,5-0,7 derajat lebih tinggi daripada ketika diambil oleh mulut.

- Aksilaris

Temperatur dapat diambil di bawah lengan dengan menggunakan termometer gelas atau termometer digital. Suhu yang diambil oleh rute ini cenderung 0,3-0,4 derajat lebih rendah daripada suhu yang diambil oleh mulut.

- Telinga

Termometer khusus dengan cepat dapat mengukur suhu gendang telinga, yang mencerminkan suhu inti tubuh (suhu dari organ-organ internal). Mungkin suhu tubuh abnormal karena demam (suhu tinggi) atau hipotermia (suhu rendah). Demam ditandai ketika suhu tubuh meningkat di atas 37 derajat Celsius secara oral atau 37,7 derajat Celsius melalui dubur, menurut *American Medical Association*. Hipotermia didefinisikan sebagai penurunan suhu tubuh di bawah 35 derajat Celsius.

2. NADI

Nadi Merupakan aliran darah yang menonjol dan dapat diraba (Arif Mutagin,2010).

Denyut nadi adalah jumlah denyut jantung, atau berapa kali jantung berdetak per menit. Mengkaji denyut nadi tidak hanya mengukur frekuensi denyut jantung, tetapi juga mengkaji :

- irama jantung
- kekuatan denyut jantung

Nadi normal untuk orang dewasa yang sehat berkisar 60-100 denyut per menit. Denyut nadi dapat berfluktuasi dan meningkat pada saat berolahraga, menderita suatu penyakit, cedera, dan emosi.

Salah satu indikator kesehatan jantung adalah terjadinya peningkatan denyut nadi pada saat beristirahat. Waktu yang tepat untuk mengecek denyut nadi adalah saat kita bangun pagi dan sebelum melakukan aktivitas apapun. Pada saat itu kita masih relaks dan tubuh masih

terbebas dari zat-zat pengganggu seperti nikotin dan kafein. Kita dapat mengecek sendiri dengan merasakan denyut nadi kita di bagian tubuh tertentu.

Cara mengukur denyut nadi :

Dengan menggunakan 2 jari yaitu telunjuk dan jari tengah, atau 3 jari, telunjuk, jari tengah dan jari manis jika kita kesulitan menggunakan 2 jari.

Temukan titik nadi (daerah yang denyutannya paling keras), yaitu nadi karotis di cekungan bagian pinggir leher kira-kira 2 cm di kiri/kanan garis tengah leher (kira-kira 2 cm disamping jakun pada laki-laki), nadi radialis di pergelangan tangan di sisi ibu jari.

a. Tempat Pengkajian Nadi

Apikal

Carotis

Temporalis

Brakialis

Radialis

Ulnaris

Femorali

Popliteal

Tibialis posterior

Dorsalis Pedis

b. Mengukur Nadi

Setelah menemukan *denyut nadi*, tekan perlahan kemudian hitunglah jumlah denyutannya selama 15 detik, setelah itu kalikan 4, ini merupakan denyut nadi dalam 1 menit.

Denyut nadi pada orang yang sedang beristirahat adalah

60 - 80 kali permenit untuk orang dewasa,

80 - 100 kali permenit untuk anak-anak,

100 - 140 kali permenit pada bayi.

Bila Anda semakin bugar, denyut nadi Anda sewaktu istirahat akan makin menurun, kuat dan lebih teratur.

Namun denyut nadi bisa lebih cepat jika seseorang dalam keadaan ketakutan, habis berolah raga, atau demam. Umumnya denyut nadi akan meningkat sekitar 20 kali permenit untuk setiap satu derajat celcius penderita demam. Sedangkan untuk mengetahui kekuatan denyut jantung maksimal yaitu dengan rumus:

$$\text{Nadi Max} = 80\% \times (220 - \text{umur})$$

Misalkan anda sekarang berusia 40 tahun maka kekuatan maksimal jantung anda adalah 80 %

$$X \quad 180 \quad = \quad 144 \quad \text{kali/menit.}$$

Yang perlu diperhatikan adalah, denyut nadi yang terlalu cepat, terlalu lambat, atau tidak beraturan dapat berarti gangguan pada jantung. Segeralah periksakan diri ke instansi kesehatan terdekat.

3. PERNAPASAN

Pernapasan adalah Mekanisme tubuh menggunakan pertukaran udara antara atmosfer dengan darah serta darah dengan sel (Potter,Perry:2005). Pernapasan adalah Tindakan mengambil oksigen (inspirasi) dan membuang karbondioksida dari dalam tubuh (ekspirasi). Tingkat respirasi atau respirasi rate adalah jumlah seseorang mengambil napas per menit. Tingkat respirasi biasanya diukur ketika seseorang dalam posisi diam dan hanya melibatkan menghitung jumlah napas selama satu menit dengan menghitung berapa kali dada meningkat.

Respirasi dapat meningkat pada saat demam, berolahraga, emosi. Ketika memeriksa pernapasan, adalah penting untuk juga diperhatikan apakah seseorang memiliki kesulitan bernapas. Respirasi normal untuk orang dewasa di kisaran 12-20 kali per menit.

4. TEKANAN DARAH

Tekanan darah, adalah kekuatan yang mendorong darah terhadap dinding arteri, Tekanan ditentukan oleh kekuatan dan jumlah darah yang dipompa, dan ukuran serta fleksibilitas dari arteri, diukur dengan alat pengukur tekanan darah dan stetoskop. Tekanan darah terus-menerus berubah tergantung pada aktivitas, suhu, makanan, keadaan emosi, sikap, keadaan fisik, dan obat-obatan. Dua angka dicatat ketika mengukur tekanan darah. Angka yang lebih tinggi, adalah tekanan sistolik, mengacu pada tekanan di dalam arteri ketika jantung berkontraksi dan memompa darah ke seluruh tubuh. Angka yang lebih rendah, adalah tekanan diastolik, mengacu pada tekanan di dalam arteri ketika jantung

beristirahat dan pengisian darah. Baik tekanan sistolik dan diastolik dicatat sebagai “mm Hg” (milimeter air raksa).

Rekaman ini merepresentasikan seberapa tinggi kolom air raksa diangkat oleh tekanandarah. Tekanan darah tinggi atau hipertensi, langsung meningkatkan resiko penyakit jantung koroner (serangan jantung) dan stroke (serangan otak). Dengan tekanan darah tinggi, arteri dapat mengalami peningkatan resistensi terhadap aliran darah, menyebabkan jantung memompa lebih keras untuk mengedarkan darah. Menurut *National Heart, Lung, and Blood Institute* (NHLBI) dari *National Institute of Health* (NIH), tekanan darah tinggi atau hipertensi bagi orang dewasa didefinisikan sebagai:tekanan sistolik 140 mm Hg atau lebih tinggi dan tekanan diastolik 90 mm Hg atau lebih tinggi. Pembaruan NHLBI pedoman untuk hipertensi pada tahun 2003, sebuah kategori tekanan darah baru ini ditambahkan disebut Pre hipertensi yaitu tekanan sistolik 120 mm Hg - 139 mm Hg dan tekanan diastolik 80 mmHg - 89 mmHg. Panduan NHLBI baru sekarang mendefinisikan tekanan darah normal sebagai berikut: tekanan sistolik kurang dari 120 mm Hg dan tekanan diastolik kurang dari 80 mm Hg. Namun angka-angka ini harus digunakan sebagai pedoman saja. Sebuah pengukuran tekanan darah tinggi tidak selalu merupakan indikasi dari suatu masalah. membuat diagnosis hipertensi (tekanan darah tinggi) tidak hanya dari pengukuran sekali saja namun perlu melihat beberapa pengukuran tekanan darah selama beberapa hari atau minggu sebelumnya.

PEMERIKSAAN FISIK

Pendahuluan

Pengkajian adalah tahap pertama dari proses keperawatan dan sangat vital dalam asuhan keperawatan karena merupakan dasar dari penentuan masalah keperawatan atau diagnosa keperawatan dan tindakan selanjutnya. Perawat dalam menetapkan diagnose keperawatan harus melalui tahap ini yaitu mengumpulkan data subyektif, obyektif, maupun data primer dan sekunder untuk mendukung perumusan diagnose keperawatan. Data subyektif dapat diperoleh dari wawancara atau interview yang disebut sebagai data primer. Data obyektif diperoleh dari pemeriksaan fisik, pengukuran tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernapasan, dan suhu), dan pengamatan perawat. Sedangkan, data sekunder didapat dari tim kesehatan lainnya, keluarga, ataupun catatan medik.

Pengkajian juga merupakan tahap mengevaluasi efektifitas dari tindakan keperawatan yang dilakukan secara terus menerus dan berkesinambungan sesuai kriteria evaluasi dan selama masa perawatan. Pada sesi ini penekanan pengkajian hanya pada pemeriksaan fisik karena wawancara atau interview untuk mengkaji data subyektif terintegrasi pada mata ajar konsep dasar keperawatan dan medikal bedah.

Pengkajian yang lengkap umumnya/biasanya dimulai dari kepala sampai dengan kaki, walaupun prosedur dapat bervariasi dengan berbagai cara menurut usia seseorang, beratnya penyakit, kesukaan perawat, prioritas prosedur dari masing-masing instansi sampai dengan prosedur apa yang digunakan, energi dan waktu klien perlu dipertimbangkan. Oleh karena itu pengkajian fisik perlu dikerjakan secara sistemik dan efisien untuk memperoleh gambaran yang lebih jelas terhadap perubahan-perubahan yang dialami.

Tujuan Instruksional Khusus dari pokok bahasan ini meliputi:

- a. Melaksanakan pengkajian terhadap penampulan umum, kulit, dan kuku
- b. Melakukan pengkajian kepala, rambut, mata, telinga, hidung, tenggorokkan dan leher (kelenjar thyroid dan limfe)
- c. Melakukan pengkajian dada (jantung, mammae, dan paru-paru)
- d. Melakukan pengkajian abdomen (lambung, ginjal, hepar, limpa, kolon, dan usus halus).
- e. Melakukan pengkajian genital
- f. Melakukan pengkajian ekstremitas atas dan bawah
- g. Melaksanakan dokumentasi hasil pengkajian.

KONSEP PEMERIKSAAN FISIK

1.1 Tujuan pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik merupakan bagian dari pengumpulan data yang harus dilakukan oleh seorang perawat dengan tujuan:

- 1) Mensahkan keluhan-keluhan yang menyebabkan pasien datang ke tempat pelayanan kesehatan
- 2) Pemeriksaan secara umum untuk dijadikan sebagai data dasar untuk pengkajian selanjutnya
- 3) Memonitor masalah-masalah kesehatan yang baru saja terjadi
- 4) Memperoleh data dasar tentang kemampuan fungsional klien

- 5) Memperoleh data yang akan membantu perawat menetapkan diagnosa keperawatan dan rencana keperawatan
- 6) Mengevaluasi keadaan fisiologi setelah diberi perawatan apakah ada kemajuan atau tidak

1.2 Metode

Data objektif atau hasil pengkajian fisik diperoleh lewat empat (4) cara pemeriksaan yaitu: inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Biasanya ke 4 cara ini digunakan pada setiap saat kita mengkaji organ tubuh pasien kecuali saat mengkaji abdomen. Pada organ ini, auskultasi harus dilakukan terlebih dahulu sebelum perkusi dan palpasi, untuk menghindari gangguan pada bising usus. Penggunaan 4 teknik ini akan menghasilkan informasi-informasi yang diberikan pasien pada saat perawat mengkaji riwayat kesehatan, atau membuktikan diagnosa-diagnosa fisik yang dicurigai.

1.2.1 Inspeksi:

Inspeksi merupakan teknik pertama yang digunakan selama proses pengkajian. Tahap ini merupakan proses yang berkelanjutan yang digunakan perawat selama berinteraksi dengan pasien. Cara ini dilakukan untuk mengamati kulit dan mukosa membran, posisi tubuh, pergerakan tubuh dan sebagainya. Pada inspeksi perawat menggunakan indra penglihatan dan penciuman dengan sengaja untuk mengamati pasien.

Penglihatan:

Penggunaan indra penglihatan dapat mengungkapkan banyak faktor tentang pasien. Sebagai contoh, saat mengamati pernapasan pasien perawat memperoleh data tentang kecepatan napas pasien misalnya 24 kali per menit; dan kuku jari biru. Pada kasus ini pasien mengalami tachypneu dan kemungkinan hypoksia dan memerlukan pengkajian pernapasan yang lebih lanjut. Pada Proses inspeksi visual baju perlu dibuka pada bagian yang akan diperiksa, menyiapkan cahaya yang cukup, dan bila perlu lampu sorot yang khusus.

Penciuman

Penggunaan indra penciuman dapat memberikan informasi vital tentang status kesehatan pasien. Bau yang tercium seperti buah-buahan kemungkinan pasien mengalami sakit diabetes ketoacidosis. Bau yang klasik adalah pada infeksi pseudomonas.

1.2.2 Palpasi:

Pada teknik ini perawat menggunakan sentuhan terapeutik untuk mendapatkan informasi. Sebelum melakukan palpasi pasien, beberapa prinsip dasar perlu diperhatikan. Kuku harus pendek agar tidak melukai pasien dengan kuku yang tajam; tangan harus dihangatkan sebelum meraba pasien karena tangan yang dingin dapat menyebabkan ketegangan otot pada pasien sehingga mengganggu hasil temuan. Minta pasien untuk bernapas secara normal selama palpasi. Jika pasien mengalami nyeri saat palpasi, hentikan dengan segera. Perawat penting menginformasikan kepada pasien dimana, kapan, dan bagaimana menyentuh pasien khususnya pasien yang tidak dapat melihat apa yang dikerjakan perawat.

Tangan perawat merupakan alat yang digunakan untuk melakukan palpasi. Bagian tangan tertentu tepat untuk mengkaji area khusus. Contohnya punggung tangan sangat baik untuk mengkaji suhu tubuh pada daerah dahi dibandingkan menggunakan telapak tangan. Permukaan jari-jari telapak tangan pada sendi metacarpophalangeal, lingkaran tangan, dan permukaan ulnar dari tangan paling baik digunakan untuk membedakan vibrasi, seperti getaran jantung dan fremitus. Ujung-ujung jari merupakan bagian dari tangan yang paling sering digunakan untuk palpasi. Ujung jari berguna untuk membedakan tactile, kelembaban kulit, dan tekstur, adanya masa, pulsasi, edema, dan krepitasi; dan bentuk, ukuran, posisi, pergerakan, dan konsistensi organ (lihat gambar 1. Bagian dari tangan yang digunakan untuk palpasi).

Ada 2 jenis palpasi yaitu: palpasi ringan dan palpasi dalam.

Palpasi ringan (*light palpation*)

Palpasi ringan dilakukan lebih sering dibanding palpasi dalam dan selalu dilakukan sebelum palpasi dalam. Palpasi ringan dilakukan *superficial*, dengan lembut dan hati-hati. Pada palpasi ringan ujung-ujung jari digunakan untuk mendapatkan informasi dari permukaan kulit pasien dan dalamnya kurang lebih 1 cm dibawah permukaan. Palpasi ringan memberikan informasi tentang tekstur kulit, kelembaban, besarnya masa yang ada di permukaan kulit, penebalan kulit, adanya udara, atau cairan. Cara melakukan palpasi ringan lihat tabel 1

Palpasi dalam (*deep palpation*)

Palpasi ini dapat memberikan informasi tentang posisi organ dan masa seperti ukuran, bentuk, pergerakan dan konsistensinya. Palpasi dalam menggunakan jari-jari tangan dominan

untuk memeriksa struktur bagian dalam tubuh dengan kedalaman 4-5 cm atau lebih (lihat video 1). Teknik ini lebih sering dilakukan pada pemeriksaan perut dan sistem reproduksi pria dan wanita. Metode ini bisa digunakan dengan cara bimanual atau satu tangan.

PRAKTEK

Cara melakukan palpasi ringan:

1. letakkan ujung-ujung jari tangan dominan anda pada area yang akan dipalpasi.
2. Tekan kulit 1 cm dalamnya dengan hati-hati dan gerakan secara sirkular
3. Pertahankan ujung jari pada kulit, biarkan permukaan tubuh yang ditekan kembali ke posisi semula
4. Letakkan ujung-ujung jari tangan dominan anda pada area yang akan dipalpasi.
5. Tekan kulit 1 cm dalamnya dengan hati-hati dan gerakan secara sirkular
6. Pertahankan ujung jari pada kulit, biarkan permukaan tubuh yang ditekan kembali ke posisi semula
7. Gunakan pendekatan yang sistematis, pindahkan jari-jari anda ke area yang berdekatan dan ulangi proses tersebut
8. Pindahkan terus jari tangan sampai seluruh area yang hendak diperiksa sudah dipalpasi
9. Jika pasien mengeluh nyeri pada area tertentu, hentikan palpasi tersebut. Lihat video 1 bagaimana cara melakukan palpasi ringan.
10. Gunakan pendekatan yang sistematis, pindahkan jari-jari anda ke area yang berdekatan dan ulangi proses tersebut
11. Pindahkan terus jari tangan sampai seluruh area yang hendak diperiksa sudah dipalpasi
12. Jika pasien mengeluh nyeri pada area tertentu, hentikan palpasi tersebut. Lihat video 1 bagaimana cara melakukan palpasi ringan.

2.3 Perkusi

Perkusi adalah cara pemeriksaan dengan mengetukkan jari di atas jari yang lain di atas organ yang akan diperiksa atau langsung mengetuk diatas organnya sehingga menyebabkan getaran yang menghasilkan bunyi. Kepadatan struktur di bawahnya menghasilkan suara tertentu. Suara ini didiagnosa sebagai temuan normal atau abnormal. Adanya udara, cairan, dan padat dapat ditegaskan dengan perkusi, seperti bentuk organ, ukuran, dan posisi. Setiap bagian tubuh dapat diperkusi, tetapi pada tempat tertentu seperti jantung hanya memberikan sedikit informasi. Thorak dan perut adalah lokasi yang paling sering diperkusi.

Suara perkusi dapat dianalisa berdasarkan intensitas, durasi, frekwensi, kualitas, dan lokasi. Intensitas merupakan keras atau lembutnya suara yang disebut juga amplitude. Durasi suara perkusi yang menggambarkan periode waktu melebihi suara yang didengar saat muncul. Frekwensi menjelaskan konsep nada frekwesi disebabkan oleh suara getaran, atau tinggi rendahnya suara. Frekwensi diukur dalam siklus perdetik (cps) atau hertz (Hz). Lebih cepat terjadi vibrasi mempunyai nada yang lebih tinggi dari vibrasi yang lebih rendah. Kualitas suara adalah warna nadanya, atau bagaimana seseorang merasakannya dalam bidang musik. Lokasi suara berkaitan dengan lokasi dimana suara dihasilkan atau didengar.

Proses perkusi dapat menghasilkan 5 suara yang berbeda dalam tubuh yaitu: flatness, dullness, resonance, hyperresonance and tympany. Bagian tertentu dari tubuh mengeluarkan suara berbeda saat perkusi. Oleh karena itu, ketika terdengar suara yang tidak diharapkan pada bagian tubuh tertentu, penyebabnya harus diteliti lebih lanjut.

Table 2 menggambarkan 5 suara perkusi dalam kaitannya dengan intensitasnya, durasi, tingginya, kualitas, dan kepadatan relatifnya, juga diberikan contoh suara normal dan abnormal pada lokasi perkusi. Gelombang suara lebih baik dilakukan melalui media yang padar dari pada diatas medium yang berisi udara karena bertambahnya konsentrasi molekul. Alasan dasar terbentuknya suara yang diperkusi adalah:

- a. Semakin padat struktur, semakin tinggi nada, semakin lunak intensitas dan semakin pendek durasi
- b. Semakin terisi udara pada struktur, semakin rendah nadanya, intensitas semakin keras, dan durasinya semakin lama

Table 2 Karakteristik dari suara perkusi

Suara	Intesitas	Durasi	Nada	Kualitas	Lokasi normal	Lokasi abnormal	kepadatan
Datar	Lembut	singkat	Tinggi	Datar	Otot paha atau tulang	Paru (pneumonia berat)	Paling padat
Dullness	Sedang	Sedang	Tinggi	gedebuk	Organ (hati)	Paru (atelektasis)	

Resonance	Keras	Moderat e-long	Rendah	bergaung	Paru normal	Tidak ada lokasi abnormal	Kurang padat
Hyperrsona nce	Sangat keras	Lama	Sangat rendah	dentuman	Tidak ada lokasi normal	Paru (emphysema)	
Tympany	Keras	Lama	Tinggi	Tong	Gelemb ung- gelembu ng udara di lambung	Paru (pneumothor ax yang luas	

Ada 4 cara perkusi meliputi: immediate, mediate, perkusi langsung dan tidak langsung. Perlu diingat bahwa suara yang keluar karena perkusi umumnya dari jaringan tubuh 5 cm dibawah permukaan kulit. Jika perut yang diperkusi, minta pasien untuk terlebih dahulu mengosongkan kandung kemih sebelum tindakan.

Immediate perkusi

Immediate atau ketuk langsung adalah mengetuk lokasi tubuh secara langsung dengan cara:

- Tekan jari telunjuk atau tengah dari tangan yang dominan sedikit terpisah dari jari-jari yang lainnya.
- Buat gerakan mengetuk dengan ujung-ujung jari pada jari telunjuk melawan bagian tubuh yang diperkusi. Contoh perkusi ringan adalah pada perkusi sinus

Mediate percussion

Mediate perkusi sama dengan perkusi tidak langsung. Bunyi yang keluar dari organ yang diperkusi paling banyak timbul dengan cara ini, namun membutuhkan waktu untuk memperdalam keterampilan perkusi. Langkah-langkah perkusi tidak langsung meliputi:

- a. Letakkan tangan kiri (tangan yang tidak dominan) dengan lembut pada permukaan organ yang akan diperkusi
- b. Luruskan jari tengah tangan tersebut dan tekan bagian distal phalanx dan sendi distal interphalangeal dengan kuat pada area yang akan diperkusi.
- c. Jari lainnya dipisahkan serta diangkat sedikit dan lakukan perkusi dengan tangan dominan (kanan). Pemisahan jari perlu dilakukan untuk mencegah gangguan yang mengakibatkan berkurnagnya vibrasi selama perkusi.
- d. Jari tengah tangan dominan (kanan) digunakan untuk perkusi. Dengan demikian kuku jari nya harus pendek agar tidak terjadi luka pada jari yang diketuk. Sedangkan jari-jari lainnya dipisahkan dan sedikit difleksikan.
- e. Fleksikan jari tengah tangan kanan (dominan) dan Lakukan perkusi dengan cara mengetukkan jari tersebut pada jari tengah tangan kiri yang telah diletakkan di atas area yang akan diperkusi. Usahakan tumpuan ketukan pada pergelangan tangan kanan bukan pada lengan atas.
- f. Suara akan terdengar saat perkusi tersebut. Ulangi proses perkusi satu atau dua kali pada lokasi tersebut untuk memastikan bunyinya.
- g. Geser jari tangan kiri (non dominan) ke lokasi berikutnya, lebih baik ke lokasi sebelahnya. Ulangi perkusi dengan cara yang sama sampai seluruh permukaan tubuh yang dikaji sudah diperkusi

Mengenali suara perkusi

Suara yang didengar saat melakukan perkusi langsung dan tak langsung lebih mudah dari suara gaung ke suara tumpul. Suara akan lebih terdengar bila pemeriksa menutup mata dan berkonsentrasi penuh saat perkusi. Contoh saat perkusi lengkungan diaphragma dan garis batas hepar dapat menghasilkan pola yang tegas karena perkusi dapat dilakukan dari area yang mengeluarkan bunyi gaung (resonan) ke area yang bunyinya tumpul.

Perkusi langsung dengan kepalan tangan (*direct fist percussion*)

perkusi cara ini bertujuan untuk mengkaji adanya nyeri pada organ-organ bagian dalam seperti hepar atau ginjal. Cara melakukan perkusi dengan kepalan adalah:

- a. Jelaskan pada pasien teknik ini sehingga pasien tidak berpikir anda memukulnya
- b. Kepalkan tangan dominan anda

- c. Pukulkan kepalan tangan pada sisi ulnar secara langsung pada area di atas organ yang dikaji dengan kekuatan sedang.

Jika pasien mengalami nyeri pada area yang ditinju menunjukkan terjadinya peradangan pada organ tersebut atau terlalu keras meninju.

Perkusi dengan tinju secara tidak langsung (*indirect fist percussion*)

Tujuan perkusi cara ini sama dengan tinju langsung. Dalam praktek perkusi cara ini lebih disukai. Perkusi ini dapat dilakukan dengan cara:

- a. letakkan telapak tangan kiri atau non dominan di atas organ yang akan diperkusi.
Rapatkan jari-jari tangan tersebut
- b. kepalkan tangan dominan anda
- c. pukulkan kepalan tersebut pada sisi ulnar dengan kekuatan sedang diatas punggung tangan kiri (non dominan).

Jika pasien mengalami nyeri menunjukkan sedang terjadi peradangan pada organ tersebut.

1.2.4 Auskultasi

Auskultasi adalah tindakan mendengarkan dengan aktif pada organ tubuh untuk mendapatkan informasi tentang status klinik pasien. Auskultasi mencakup mendengarkan suara yang sengaja dan tidak sengaja dihasilkan oleh tubuh. Contohnya suara jantung adalah suara yang tidak sengaja. Saat auskultasi lingkungan harus tenang. Suara auskultasi akan dianalisa berkaitan dengan intensitasnya, nada, durasi, kualitas, dan lokasi. Ada dua jenis auskultasi yaitu langsung dan tak langsung.

Auskultasi langsung

Auskultasi langsung adalah proses mendengar dengan telinga langsung tanpa alat bantu. Contohnya mendengarkan pasien dari jarak tertentu atau menempelkan telinga pada permukaan kulit pasien.

Auskultasi tidak langsung

Proses mendengarkan dengan penguat suara atau alat mekanikal. Alat yang biasa digunakan untuk auskultasi cara ini adalah stetoskop dengan tanpa penguat suara tubuh, tetapi malahan menghambat suara lingkungan. Penguat suara tubuh dapat juga diperoleh dengan menggunakan stetoskop doppler ultrasound. Auskultasi bertujuan mendengarkan suara

jantung, paru, bising usus, suara tekanan udara, bising aorta abdominalis, arteri renalis dan arteri iliaca.

1.3 Persiapan Pengkajian

1.3.1 Persiapan Pasien:

- 1) Menjelaskan tentang tindakan pemeriksaan fisik : (kapan, dimana, mengapa, siapa, prosedur posisi khusus seperti lithotomy)
- 2) Mengosongkan kandung kemih atau defekasi sebelum pemeriksaan
- 3) Pada pemeriksaan khusus seperti sigmoidoscopy perlu enema atau obat-obatan sebelum pemeriksaan sehingga perlu mempersiapkan pasien.
- 4)

1.3.2 Persiapan Peralatan

Peralatan perlu disediakan dan diatur di atas sebuah meja. Peralatannya antara lain :

- Φ Stetoskop
- Φ Thermometer pada tempatnya
- Φ Selimut/handuk
- Φ Kaca kepala
- Φ Senter
- Φ Sphygmomanometer dan cuff
- Φ Kaca laringeal/dental
- Φ Spatel
- Φ Ophthalmoscope
- Φ Otoscope
- Φ Hamer untuk perkusi
- Φ Garpu tala
- Φ Handschoen
- Φ Lubricant/vaselin
- Φ Spekulum vagina
- Φ Plastik sampah
- Φ Botol urine dll

1.4 Posisi Pasien

1. Posisi dorsal recumbent : posisi terlentang dan kedua kaki ditekuk, dilakukan pada pemeriksaan kepala, leher, axila, thorax anterior, abdomen, ekstremitas, pulse, TV, vagina
2. Posisi genupectoral atau posisi nungging. Digunakan pada pemeriksaan rektum dan kadang-kadang vagina

3. Posisi lithotomy digunakan pada pemeriksaan vagina, kadang-kadang pada katektisasi wanita : klien tidur terlentang dan kedua kaki diangkat dan disokong oleh stirrups
Posisi ini digunakan pada pemeriksaan rektum dan vagina
4. Duduk
5. Tidur terlentang dan tengkurap pemeriksaan kepala sampai kaki; tengkurap untuk pemeriksaan tulang spina atau vertebra dan tulang panggul, betis, tumit dan telapak kaki
6. Fowler/semifowler untuk pemeriksaan kepala, leher dan dada
7. Posisi Sims pemeriksaan pada ibu post partum untuk mengkaji perineum dan vagina

1.5 PEMERIKSAAN DARI KEPALA SAMPAI DENGAN KAKI

1.5.5 PENAMPILAN UMUM :

a. Status Kesehatan

Semua indikator yang dapat diobservasi dikaji. Apakah klien nampak baik, relax, tidak dalam keadaan sakit akut, gisi baik dan sebagainya. Apakah klien kelihatan sakit, misalnya muka tegang, pucat dan keringatan, sulit bergerak

b. Status kesadaran

Semua tingkat kesadaran ditulis. Apakah klien mampu berespon terhadap pertanyaan? Apakah klien mampu tetap siap selama interview dan pemeriksaan fisik ? Apakah klien dapat berorientasi terhadap orang, waktu dan tempat ?

c. Status emosi

Identifikasi data-data non verbal dari status emosi klien. Apakah klien relax dan tersenyum. Menatap lantai dengan gelisah, meremas jari, menangis, tak bergairah, cemberut, dan tidak mampu merawat diri sendiri (rambut tidak disisir, tidak mandi, pakaian kusut)

d. Kegiatan motorik, postur dan gaya berjalan

Postur umum, dan aktivitas mungkin data tentang masalah-masalah seperti kelelahan, (tidak aktif dan postur merosot), dyspnea (duduk tegak dan mencoba menarik napas), atau sakit (menolak untuk berpindah/geser, menggenggam bagian-bagian tubuh). Gaya berjalan klien waktu berjalan mungkin menunjukkan kelemahan pada satu sisi, takut jatuh (berpegangan pada furniture), atau hilangnya keseimbangan

e. Berbicara

Bicaranya tertelan dan tidak mampu mengucapkan kata-kata atau tidak ketidakmampuan menyebutkan bahasa kesehatan profesional mungkin menimbulkan permasalahan dalam komunikasi. Kesulitan berbicara mungkin disebabkan oleh masalah central nervous system atau larynx. Jika pasien tidak dapat berbicara, dapatkah mereka bicara dengan bahasa isyarat atau menulis

f. Odors-Bau

Bau napas atau bau badan mungkin akibat dari personal hygiene yang kurang, makan zat-zat tertentu misalnya : makanan atau alkohol, atau keadaan medik tertentu misalnya diabetes, infeksi paru, uremia, gagal hepar

1.5.2 PARAMETER UMUM

a) Kulit

Kulit memberikan pertimbangan sejumlah informasi tentang status kesehatan seseorang seperti ada lesi dan kerusakan. Data yang diperoleh saat pemeriksaan awal memberikan informasi mengenai potensial kerusakan kulit dan merupakan dasar untuk dibandingkan dengan lesi yang akan datang. Pada pemeriksaan dari kepala ke kaki, kulit diteliti dengan cermat melalui pemeriksaan kapan saja bagian tubuh dikaji. Observasi spesifik meliputi warna, elastisitas, turgor, kelembaban, temperatur dan lesi atau skar

b) Warna

Warna kulit tergantung pada jumlah melamin dalam sel dan suplay darah. Warna kulit berbeda pada tubuh pun ada yang lebih jelas seperti areola mammae. Kurangnya melamin pada beberapa tempat di kulit mungkin akibat kelainan genetik atau penyakit tertentu seperti hyperthyroidism, anemia pernicious, insufisiensi adrenal cortical. Skar pada jaringan jika melamin kurang.

Daerah yang melaminnya meningkat sering berkembang secara normal dan tanpa coklat pucat/mudah pada kulit. Tai lalat pada kebanyakan orang masih dianggap normal. Perubahan warna dari tai lalat khususnya kehitam-hitaman atau hitam kehijauan, sebaiknya dilaporkan ke dokter untuk menentukan kemungkinan maligna

Warna kulit yang lebih terang dengan pembuluh darah yang konstriksi dan lebih merah dengan dilatasi pembuluh darah dapat diamati lebih dekat dipermukaan kulit. Bagian tubuh yang sangat sensitif terhadap vasodilatasi meliputi darah kupu-kupu, daerah yang melintasi pipi, hidung, leher, dada atas, permukaan flexor dari ekstremitas, dan daerah genital. Kulit

dan mukosa membran mungkin juga tampak kebiru-biruan atau lebih gelap bila di daerah tersebut kekurangan O₂ (cyanosis) atau kuning pada kekurangan serum bile (jaundice)

Pada kulit yang hitam yang pucat diobservasi dengan adanya sifat merah yang mendasar yang secara normal memberikan warna kecoklatan dan hitam pada kulit, “bersinar” atau warnanya hidup. Oleh karena itu kulit coklat akan tampak lebih kuning kecoklatan dan hitam akan tampak keabu-abuan. Umumnya pucat dan cyanosis mungkin lebih baik diobservasi di daerah mukosa membran, bibir, kuku jari, kemerahan pada kulit yang gelap lebih baik diobservasi pada bibir yang kelihatan lebih merah merata

Elastisitas dan Turgor

Normal kulit elastik dan kembali ke posisi semula setelah ditarik. Juga bergerak di atas jaringan di bawahnya (mobilisasi). Kulit mungkin menjadi tegang bila ditarik ke atas dari jaringan di bawahnya ; seperti pada yang disebabkan oleh cairan (odem). Tipisnya kulit di atas ekstremitas dan pipi tampak selama usia tua karena hilangnya jaringan subcutaneus yang mendasarinya.

Turgor adalah kecepatan pengembalian kulit pada posisi normal setelah ditarik. Turgor menurun diakibatkan dehidrasi dan paling baik dikaji adalah di atas sternum. Lipatan kulit yang ditarik kelambatan menunjukkan turgor menurun

Kelembaban

Kehilangan cairan yang tak kelihatan lewat kulit biasanya segera diupkan (diaporesi), dan kulit yang normal biasanya kering waktu disentuh. Mukosa membran normalnya lembab dan tampak kering pada dehidrasi.

Bila suhu lingkungan tinggi, meningkatkan hilangnya cairan lewat kulit yang mengakibatkan kulit lembab. Bila temperatur tubuh meningkat (demam) tiba-tiba turun atau sewaktu-waktu respon terhadap stress, (takut, shock, dsbnya). Kulit pada anak-anak yang sangat mudah mungkin berminyak, dan pada orang lebih tua mungkin sangat kering.

Temperatur

Temperatur kulit meningkat dengan vasodilatasi dan menurun dengan vasokonstriksi. Vasodilatasi merupakan akibat dari temperatur tubuh internal dan eksternal dan sebagai akibat dari temperatur tubuh internal dan eksternal dan sebagai akibat dari rangsangan simpatik, seperti terlihat pada respon stress. Punggung tangan lebih sensitif dari telapak tangan dan oleh karena itu gunakan punggung saat mengkaji temperatur kulit.

Lesi

Jenis lesi yang berbeda-beda mungkin diobservasi pada kulit. Setiap lesi yang ada digambarkan dengan jelas, warnanya, ukuran, bentuk, tekstur, efek dari penekanan, distribusi dan pengaturan oleh tubuh dan bervariasi (ada perbedaan setiap jenis luka

Tabel 3. Lesi Pada Kulit

Istilah	Gambaran	Contoh
Perubahan warna Maculae	Bintik/noda yang rata kurang dari 1 cm	Freckle
perubahan pertumbuhan sel Papule	Masa yang timbul kurang dari 1 cm	Bintik-bintik campak
Nodule Tumor	Masa yang timbul < 1-2 cm Masa yang timbul > 2 cm	Tai lalat Epitelioma
Perubahan yang bervariasi Vesicle Bulla Pustula Wheal	Berisi kantung cairan < 1 cm Berisi kantung cairan > 1 cm Berisi kantung cairan > 1 cm Timbul cairan yang membatasi kulit yang berisi cairan intrasel	Small blister Large blister Acne lesion Hives (rasa gatal) dengan bintik-bintik merah dan bengkak
Perubahan konsistensi atau integritas Plaque Crust Scale Fissure Ulcer	Timbul besar dipermukaan kulit Eksudat kering diatas luka Terkelupasnya kulit dan menjadi kering Permukaan kulit yang terbelah Erosi pada permukaan kulit	Psoriasis Luka eksim Psoriasis Sudut mulut yang terbelah Luka dekubitus

Bengkak pada kulit mungkin akibat/hasil dari adanya cairan dalam atau jaringan sel atau dari pertumbuhan jaringan sel yang berlebihan. Cairan bisa tampak sebagai kantong cairan pada permukaan kulit atau jaringan. Cairan interstisial akibat dari meningkatnya cairan extracel dalam tubuh, dan disebut sebagai “Pitting ode” karena meninggalkan lekukan/lubang pada permukaan kulit. Jumlah dari pitting odem dicatat sebagai + - + + + +, tergantung pada dalamnya dan lubangnya.

1.5.3 PEMERIKSAAN KEPALA

Pemeriksaan kepala mencakup struktur eksternal, visual, dan ketajaman pendengaran dan pergerakan wajah

Inspeksi rambut

Warna rambut

Inspeksi kulit kepala beserta rambutnya, alis mata, bulu mata, dan warna bulu di seluruh tubuh. Normalnya warna rambut bervariasi mulai dari hitam ke coklat tergantung jumlah melanin. Untuk orang Indonesia pada umumnya berwarna hitam. Tetapi begitu produksi melanin berkurang rambut berubah warna menjadi uban. Warna rambut juga dapat berubah karena zat-zat kimia.

Distribusi

Kaji distribusi rambut pada seluruh tubuh, alis mata, wajah dan kulit kepala. Normalnya, tubuh ditutupi dengan rambut halus kecuali pada ketiak, pubis setelah pubertas, bulu mata, alis, dan kepala pertumbuhan bulu atau rambutnya lebih tebal dan hitam. Tetapi pada laki-laki dapat ditemukan bulu yang lebat di dada.

Tidak adanya bulu pada pubis pada orang dewasa merupakan hal yang abnormal, kecuali kalau dicukur. Bulu pubis yang tipis atau tidak tumbuh menunjukkan ada kelainan endokrin seperti adenoma pituitary anterior. Penemuan abnormal lainnya adalah alopecia atau gundul pada laki atau perempuan. Rambut yang tipis terjadi pada usia tua atau malnutrisi.

Keguguran rambut (alopecia) terjadi pada chemotherapi atau therapi radiasi

1. Attachment

Rambut yang mudah tercabut terjadi pada malnutrisi

2. Ada kutu rambut : kutu mungkin endapan ketombe terutama di belakang telinga

Kulit kepala beserta rambutnya

Teknik pemeriksaan :

Periksa beberapa lembar rambut terhadap kekeringan dan adanya kerusakan rambut

Abnormal :

Scaling mungkin akibat dari adanya ketombe atau psoriasis (penyakit kulit yang kronis)

MATA

Mata diperiksa pertama setelah tangan pemeriksaan dicuci. Tanyakan tentang kontak lensa sehingga tidak hilang karena kurang hati-hati selama pemeriksaan.

- Kesimetrisan mata

Lihat adanya mata palsu

- Kelopak mata

Teknik pemeriksaan :

Catat kedudukan kelopak mata terhadap bola mata dan periksa adanya odem, warna, luka dan kemampuan menutup mata

Penemuan yang tidak normal

Kelopak mata jatuh (ptosis) akibat dari lemahnya otot atau kerusakan saraf, odem karena alergi, radang lokal, habis menangis, retensi cairan, kemerahan menunjukkan adanya peradangan. Tidak bisa menutup mungkin cornea kurang cairan

- Conjunctiva dan sclera

Teknik pemeriksaan :

Periksa conjunctiva dengan menekan kelopak bawah sementara minta untuk lihat ke atas.

Conjunctiva yang normal adalah jernih dan sclera putih.

Abnormal :

Kemerahan menunjukkan peradangan. Sclera kuning menunjukkan jaundice

- Cornea dan lensa

Teknik pemeriksaan :

Menyorotkan senter secara serong melewati mata untuk mendeteksi opacities dari kornea dan lensa

Abnormal :

- ❑ Opacities akan tampak abu-abu berlawanan pupil yang hitam
- ❑ Opacities mengganggu penglihatan
- Refleks pupil dan akomodasi

Teknik pemeriksaan :

Pupil yang normal sama-sama bulat dan bereaksi terhadap cahaya dan akomodasi

Reaksi terhadap cahaya :

- 1) Suruh pasien melihat pada jarak tertentu
- 2) Sorotkan senter menyerang dan cepat melewati kedua mata
- 3) Lihat reaksi langsung dari pupil terhadap cahaya dan consensual reaction (reaksi dari pupil yang berlawanan)

Abnormal :

Pupil dari mata palsu tidak bereaksi terhadap cahaya. Pupil mata yang mengecil sekali terjadi pada pasien-pasien yang minum derivat opium atau obat-obat miotic untuk glaukoma. Pupil dilatasi terjadi pada pasien yang minum obat-obatan anticholinergik, kerusakan otak yang berat atau hypoxiaberat

Reaksi terhadap akomodasi :

- ❑ Tunjukkan jarimu kurang lebih 5-10 cm dari ujung hidung
- ❑ Minta pasien untuk melihat pada jarak tertentu kemudian lihat ke jari anda
- ❑ Lihat konstiksi pupil dan konvergen dari mata jika fokusnya adalah jari anda (obyek yang dekat)
- Ketajaman penglihatan :

Kemampuan melihat dikaji dengan kaca mata/kontak lensa atau tanpa kaca mata. Klien disuruh membaca huruf-huruf besar pada jarak tertentu, kemudian huruf kecil kira-kira 35 cm dari wajah.

Kaca mata digunakan hanya untuk membaca tidak digunakan untuk tes penglihatan jauh

- Pergerakan ekstraokuler

Teknik pemeriksaan :

Tes pergerakan bola mata menentukan apakah mata bergerak secara sinkron

Metode :

Minta klien mengikuti jari-jari anda yang diatur dalam bentuk H

Abnormal :

Pergerakan yang tidak simetris mungkin disebabkan karena penglihatan dubel

TELINGA :

Sebelum melakukan pengkajian perawat perlu menempatkan pasien pada posisi yang nyaman yaitu: duduk atau tidur terlentang. Lakukan pemeriksaan dengan ekstra hati-hati pada pasien yang kurang kooperatif untuk mencegah injuri lobang telinga. Buka alat bantu dengar pasien sebelum pemeriksaan dan letakkan di tempat yang aman jika ada. Periksa alat bantu tersebut terhadap adanya keretakan atau kotor.

Pengkajian telinga dibagi menjadi:

- Pengkajian telinga luar dan mastoid
- Pemeriksaan otoscopic dan
- Tes pendengaran dan fungsi vestibular

Pengkajian telinga luar dan mastoid.

Periksa processus mastoideus terhadap adanya: kemerahan, pembengkakan. Jika ada menunjukkan terjadinya peradangan. Ketuk processus mastoideus dengan satu jari atau tekan, normalnya tidak nyeri. Tekan tragus dengan satu jari untuk kaji apakah lunak. Hasil penekanan normalnya tidak nyeri. Pada orang dewasa, perawat menarik telinga ke depan dan belakang. Jika ada yang lembek karena penekanan di atas mastoid, manipulasi daun telinga, atau tekan tragus maka dicurigai ada proses peradangan pada telinga luar atau mastoid.

Periksa seluruh telinga luar kiri dan kanan lihat konfigurasi, lokasi, atau tempat cantelnya ke kepala, dan keadaan telinga luar yang bisa dilihat. Normalnya simetris dan bentuknya sama. Telinga harus tercantel secara tegak lurus di samping kepala tidak lebih dari 10° posterior angle dan harus jatuh dalam atau menyentuh garis mata occiput. Garis mata occiput adalah garis imajinasi digambar dari tonjolan occiput ke lateral kantus mata. Daun telinga paling atas jatuh di belakang level garis mata-occiput, sudut perlekatannya bervariasi, dan konfigurasi daun telinga menggambarkan kelainan, pasien harus diperiksa terhadap kelainan kongenital ginjal atau penyimpangan kromosom. Penemuan abnormal mencakup adanya lesi/luka dan nodule/benjolan. Pada pasien yang menderita penyakit gout yang kronik,

penumpukkan kristal sodium urat menyebabkan nodule menimbulkan nodule yang keras, tidak beraturan, nyeri yang disebut tophi pada bagian helix dan antihelix dari pinna.

Nodule lain yang nyeri pada pinna bisa dikarenakan sel carcinoma atau rheumatoid arthritis. Lesi ulcerasi yang kecil, kulit yang mengeras atau indurasi pada pinna yang susah sembuh dengan baik bisa merupakan suatu squamous cell carcinoma.

Saluran telinga luar dalam keadaan normal bebas lesi, kering, bersih, dan tidak merah. Perawat perlu mengkaji penemuan-penemuan yang abnormal meliputi: furuncles (abses kecil-kecil); penumpukkan cerumen yang besar akibat higiene yang buruk.; kemerahan; dan bengkak atau drainage dari telinga bisa disebabkan oleh adanya benda asing, trauma, atau infeksi. Cairan yang keluar bisa berupa darah cairan cerebro spinal, pus, atau cairan serous.

Pengkajian otoscopic.

Otoscope adalah instrumen khusus yang digunakan untuk mengkaji telinga dalam. Bagian-bagian dari alat ini meliputi: lampu, pemegang, lensa, manifying, dan pneumatic yang tercantel untuk memasukan udara ke saluran telinga luar guna menguji pergerakan dari membran tympani. Otoscope mempunyai spekula berbagai ukuran yang dicantelkan pada kepala otoscope. Spekula bermacam-macam ukuran digunakan untuk membuka telinga. Ukuran besar lebih nyaman untuk telinga pasien karena pas pada lubang telinga. Lampu otoscope harus jelas dan bersinar putih. Saat memasukkan specula harus hati-hati, tidak boleh membabi buta untuk mencegah robeknya membran tympani.

Jika pasien merasa nyeri ketika pemeriksaan telinga luar, maka berhati-hatilah saat melakukan pemeriksaan otoscope karena speculum bisa menyebabkan nyeri hebat saat kontak dengan jaringan yang radang dalam lobang telinga. Paling penting adalah perawat harus kenal betul struktur membran tympani dan telinga tengah sebelum berusaha melihat struktur tersebut dengan otoscope.

Ketika memeriksa dengan otoscope, miringkan sedikit kepala pasien dan pegang otoscope terbalik ke bawah. Posisi ini memungkinkan tangan perawat bersandar melawan kepala pasien untuk menyokongnya. Kalau pasien bergerak tangan perawat dan otoscope akan bergerak bersamaan dengan kepala, dengan demikian mencegah kerusakan. Perawat memegang otoscope dengan tangan kanan dan tangan kiri menarik daun telinga ke atas dan ke belakang

untuk bisa memasukkan spekulum. Perawat melihat lobang telinga ketika memasukkan spekulum perlahan-lahan. Gunakan spekulum dengan hati-hati dan hindari nyeri ketika spekulum dimasukkan ke dalam lobang telinga.

Yang perlu diperiksa ketika otoscope sudah berada dalam telinga meliputi: warna, keutuhan, lesi, jumlah dan konsistensi cerumen dan rambut-rambut. Penemuan yang normal adalah: lobang telinga luar merah muda, utuh, tidak ada luka, dan ada cerumen yang lembek, coklat, atau bewarna abu-abu dan ada sedikit rambut-rambut halus.

Perawat selanjutnya mengkaji ke dua membran tympani (bilateral) terhadap keutuhannya, struktur normal terlihat dari membran tympani (processus malleus panjang, pendek, dan umbo), tempat membran tympani itu sendiri (reflex terhadap cahaya), pars flaccida, pars tensa, warna, bentuk, lesi, dan pergerakan.

Membran tympani yang normal selalu utuh, tidak robek. Amati dengan hati-hati seluruh membran tympani termasuk keseluruhan garis/batas annulus, pars tensa, dan pars flaccida. Processus malleus panjang yang dilihat melalui membran tympani seperti garis keputihan mulai dari process malleus pendek sampai ke umbo. Pada orang-orang yang alergi akan tampak ada vaskularisasi sepanjang processus panjang, walaupun vaskularisasi ini bisa merupakan petunjuk awal adanya otitis media.

Processus malleus pendek yang dilihat lewat membran tympani berupa struktur yang putih, yang tampak lebih sebagai 3 dimensi daripada struktur yang lain pada membran tympani. Umbo adalah tempat dimana malleus dihubungkan dengan membran tympani, dan tampak sebagai suatu bulatan, setitik putih. Processus malleus panjang, pendek, dan umbo biasanya mudah dikenali pada telinga normal. Berbagai macam penemuan normal pada struktur ini disebabkan oleh serous otitis media dan otitis media, dibandingkan penyakit-penyakit lainnya.

Cahaya otoscope yang memantulkan membran tympani menunjukkan apa yang disebut refleks cahaya. Pada telinga normal, akan tampak secara jelas sinar segitiga dengan dasarnya pada annulus dan umbo sebagai titik puncak segitiga. Dasar dari refleks cahaya pada telinga kanan adalah sebelah kanan dan telinga kiri sebelah kiri. Refleks cahaya bintik-bintik atau

ganda terjadi sebagai akibat perubahan bentuk membran tympani karena retraksi atau menonjol, cahaya refleks menyebar.

Warna membran tympani yang normal adalah transparan, opaque (tak tembus cahaya/buram), atau berwarna abu-abu seperti mutiara. Penemuan abnormal berupa: merah (sering disebut infeksi), seperti tampak pada otitis media, dan pudar/tidak mengkilap atau tertarik (retraksi), sering tampak pada serous otitis.

Bentuk normal membran tympani adalah sedikit cekung. Bentuk ini mengijinkan bagian pars tensa membran dapat bergerak dengan lembut saat diuji dengan tiupan udara dari alat pneumatic pada otoscope. Bila membran tympani bentuknya bervariasi merupakan akibat dari obstruksi tuba eustachius atau cairan yang berlebihan dalam telinga tengah. Variasi dan perubahan-perubahan ini secara terus-menerus membatasi pergerakan membran tympani. Membran yang normal tidak ada lesi. Lesi yang paling sering terjadi adalah scarr yang disebabkan oleh infeksi telinga sebelumnya dan perforasi. Scarr mempertebal membran tympani dan membuatnya sulit atau tidak mungkin melihat/mengamati melalui membran pada titik scarr. Scar juga mengurangi pergerakan membran tympani. Pergerakan kedua membran tympani diperiksa dengan menyemprotkan/memasukkan sedikit tiupan udara lewat alat pneumatic pada otoscope ke dalam lobang telinga luar dan melihat pergerakan bagian pars tensa dari membran tympani. Normalnya bergerak lembut pada prosedur ini. Pergerakan yang berkurang atau tak ada adalah akibat adanya scarr, retraksi, atau menonjol.

Pengkajian auditory.

Pada tahap ini perawat melakukan pengkajian terhadap ketajaman pendengaran pasien. Suara disalurkan lewat dua jalur yaitu: 1) air conduction (AC); 2) bone conduction (BC). Air conduction secara normal lebih lama 2-3 kali dari bone conduction. Jika ketajaman pendengaran menurun maka terjadi kehilangan pendengaran (tuli) yang dibagi dalam 3 jenis yaitu: 1) Tuli konduktif; 2) Tuli sensorineural; 3) Campuran konduktif dan sensorineural. Tuli konduktif berhubungan dengan setiap obstruksi fisik terhadap aliran gelombang suara, seperti adanya benda asing dalam lobang telinga luar, suatu retraksi atau tonjolan membran tympani, atau penyatuan tulang ossicle. Tuli sensorineural berkaitan dengan kelainan pada organ pendengaran (cochlea), pada saraf ke VIII (saraf auditory), atau pada otak itu sendiri. Tuli campuran mengakibatkan tuli yang hebat. Fungsi kedua tes auditory direncanakan untuk menentukan adanya tuli, dan membedakan jenis tuli.

Tes suara:

Cara menguji ketajaman pendengaran yang sederhana dapat dicapai dengan meminta pasien menutup salah satu telinga dan perawat berdiri dalam jarak 30-60 cm menjauhi pasien dan membisikkan sesuatu pelan-pelan. Pasien diminta mengulangi kata-kata yang dibisikkan perawat tadi. Pasien bisa diminta mengulangi jumlah atau kata-kata atau menjawab pertanyaan. Setiap telinga dites secara terpisah. Jika pasien tidak bisa tanggap secara tepat, bisikan diperkeras. Jika perawat mencurigai pasien membaca bibir, perawat bisa menutup mulutnya saat berbisik.

Tes jam.

Ketajaman pendengaran diuji dengan suara frekuensi tinggi dengan menggunakan detik jam. Perawat memegang jam dengan jarak kurang lebih 12.5 cm dari telinga pasien dan minta pasien untuk mengatakan apakah dia mendengardetakan jam. Pasien dengan pendengaran normal akan mampu mendengar. Hati-hati pada tes ini sebab masing-masing jam mempunyai volume yang bervariasi.

Tes garpu talak.

Ketajaman pendengaran dapat diuji dengan tes garpu talak Weber dan Rinne. Tes garpu talak bermanfaat walaupun terbatas pada membedakan antara tuli konduktif dan tuli sensorineural. Garpu talak yang digunakan pada tes ini adalah garpu talak dengan rentang frekuensi normal yaitu 512 atau 1024 siklus perdetik, atau Hertz. Hertz (Hz) adalah istilah internasional yang ekuivalen dengan siklus perdetik, atau pengukuran jumlah vibrasi (getaran) perdetik. Posisi pasien saat pengkajian adalah duduk dan perawat berdiri di hadapan pasien.

Tes Weber dilakukan dengan cara:

Tempatkan garpu talak pada tengah-tengah kepala/dahi pasien, atau pada bibir atas di atas gigi. Hati-hati saat memegang garpu talak yang sudah digetarkan dengan cara hanya memegang pada tangkainya saja, jangan pegang pada garpu yang sedang bergetar. Minta pasien untuk mengatakan suara didengar sama pada kedua telinga, atau apakah suara lebih keras pada satu telinga saja.

Hasil tes dikatakan normal jika suara didengar sama pada kedua telinga. Jika pasien mendengar lebih keras pada satu telinga yang biasa disebut dengan istilah lateralisasi (dipakai pada sisi pendengaran paling keras). Penemuan tersebut bisa menunjukkan bahwa pasien

mempunyai tuli konduktif pada telinga dimana suara lateralisasi, atau tuli sensorineural pada telinga yang berlawanan. Tanpa tes pergerakan membran tympani (tympanometry) perawat tidak mampu membedakan jenis tuli.

Tes Rinne membandingkan pendengaran pasien melalui air conduction (AC) dan bone conduction (BC). Penemuan normalnya adalah AC 2-3 x lebih besar daripada BC.

Tes Rinne dilakukan dengan cara:

- a. tempatkan batang garpu talak yang bergetar pada processus mastoideus
- b. minta pasien menunjukkan jari kapan beliau tidak lagi mendengar suara
- c. saat pasien menunjuk, perawat dengan cepat memindahkan garpu talak ke depan daun telinga tanpa menyentuh pasien dan minta pasien sekali lagi menunjukkan jari jika dia tetap mendengar suara dan turunkan jari jika tidak mendengar lagi.
- d. Perawat mencatat lamanya/durasi kedua fase, BC diikuti dengan AC, dan bandingkan waktunya.

Penemuan normal: pasien terus mendengar getaran 2 x lebih lama di depan daun telinga setelah mendengarnya saat garpu talak menyentuh processus mastoideus. Ini berarti hasil tes Rinne positif. Jika pasien tidak bisa mendengar suara melalui udara di depan telinga, pasien bisa mempunyai tuli konduktif pada sisi yang dites karena BC lebih lama dari AC. Hasil tes ini disebut Rinne tes negatif, karena AC secara normal lebih besar dari BC. Pada tuli sensorineural, tes garpu talak Rinne tidak bisa dinilai dalam menentukan tuli sensorineural.

WAJAH

- Kulit
Periksa warna, kelembaban, suhu, tekstur dan luka
- Pergerakan yang simetris
Teknik pemeriksaan :

Minta pasien untuk menaikkan alis mata dan dahi, kemudian mengerutkan dahi, tersenyum, menutup dengan cepat dan kuat, nyengir, siul dan siul dari pipi

Abnormal

Asimetris akan dicatat sebagai kelemahan dari otot wajah

- Kekuatan otot rahang

Teknik pemeriksaan

- 1) Kancing rahang kuat-kuat
- 2) Gerakan rahang ke sisi kiri kanan melawan tahanan tangan anda

Abnormal :

Kelemahan otot mungkin adanya gangguan pada pengunyahan

- Perasaan nyeri

Teknik pemeriksaan

- 1) Minta pasien menutup matanya
- 2) Gunakan 2 peniti yang aman (mencegah bergerak melewati mata pasien)
- 3) Minta pasien untuk reaksi terhadap tusukan peniti yang tajam atau tumpul

Abnormal

Tidak merasa nyeri

HIDUNG

- Nares

Teknik pemeriksaan :

Periksa nares terhadap pelebaran dan adanya cairan

Abnormal :

Pelebaran terjadi pada usaha pernapasan

- Septum

Teknik pemeriksaan :

Gunakan lampu senter, periksa septum hidung terhadap tanda deviasi

Abnormal :

Bernapas lewat mulut mungkin diganggu oleh septum deviasi

- Vestibule

Teknik pemeriksaan :

Gunakan lampu senter, periksa vestibulum terhadap warna dan exudat

Abnormal :

Kemerahan dan ada exudat menunjukkan terjadi peradangan

MULUT

Teknik pemeriksaan :

Seperti juga kulit maka mulut merupakan barometer terbaik untuk kesehatan secara umum, yang merefleksikan penyakit yang sifatnya umum. Alat yang diperlukan untuk pemeriksaan adalah spatel lidah dan lampu senter

- Bibir

Teknik pemeriksaan :

Periksa terhadap kekeringan mulut dan pecah-pecah. Periksa terhadap adanya luka-luka. Penemuan yang abnormal mungkin terjadi pada dehidrasi atau malnutri

- Gigi, gusi dan mukosa membran

Teknik pemeriksaan :

Periksa warna gusi, kelembaban, dan lesi. Periksa caries gigi. Periksa gigi terhadap kenyamanan dan kekuatan. Penemuan abnormal seperti adanya potongan-potongan kecil yang mengental kemerahan dan putih pada gusi menunjukkan adanya inflamasi. Gigi yang tertanggal atau gigi yang rusak mungkin mengganggu pengunyahan

- Pharynx

Teknik pemeriksaan :

Tekan lidah dengan spatel lidah dan minta pasien mengatakan “ah”

Sentuh belakang tenggorokan dengan spatel lidah untuk mendapatkan reflex muntah.

Penemuan abnormal seperti kemerahan dan cairan menandakan adanya peradangan, tidak simetrisnya pergerakan palatum yang lunak mungkin mengganggu saat menelan.

Menurunnya reflex muntah (berubah dari normal) mungkin mengganggu proses menelan

- Lidah

Teknik pemeriksaan :

Periksa warna, lapisan dan lesi. Minta pasien menggerakkan lidahnya keluar dan masuk, ke samping kiri kanan. Penemuan yang abnormal seperti lidah yang licin mungkin menunjukkan malnutrisi, potongan-potongan tebal putih mungkin lesi premalignant. Pergerakan yang asimetris mungkin menunjukkan paralisis dan mengganggu saat makan.

LEHER

- Trachea

Teknik pemeriksaan :

Periksa deviasi trachea. Letakkan tangan pada trachea dan minta klien menelan

Abnormal :

Deviasi trachea mungkin menunjukkan ada masa di leher, pneumonia, thorax, pleural effusion dan aleteltasis. Penurunan pergerakan trachea mungkin menunjukkan turunnya kemampuan untuk menelan.

- Kekuatan otot

Teknik pemeriksaan

Minta pasien mengangkat bahu dan putar kepala ke sisi yang melawan tangan anda.

Abnormal

Kaji kekuatan otot leher

- Range of motion (ROM)

Teknik pemeriksaan :

Minta klien menggerakkan kepala lewat ROM

Abnormal :

Penurunan ROM mungkin mengganggu aktivitas harian

- Distensi vena jugularis

Teknik pemeriksaan :

Tempatkan pasien dengan kepala lebih tinggi 45 derajat. Lihat titik nampaknya pulsasi vena bagian atas. Lihat tingkat pulsasi vena di atas sudut sternal

Abnormal :

Tegangannya vena leher (tekanan meningkat) mungkin akibat dari sirkulasi yang berlebihan atau kegagalan jantung kanan.

PEMERIKSAAN DADA (PARU-PARU)

Organ yang diperiksa pada dada adalah paru-paru dan jantung. Untuk mempermudah pengkajian organ yang berada di dalam rongga dada perlu dipelajari garis bayang berikut ini lihat tabel 4

Tabel 4 Garis-Garis bayang pada dada

Garis midsternalis	Garis vertikal pada tengah sternum
Garis Midklavikularis	Garis vertikal dari midklavikula memanjang kebawah dan sejajar dengan midsternal
Garis Aksilaris Anterior	Garis vertical sejajar dengan midsternal memanjang kebawah dari lipatan Aksilaris anterior
Garis Aksilaris Posterior	Garis vertikal memanjang kebawah dari lipatan aksilaris posterior, sejajar dengan midklavikula
Garis midaksilaris	Garis yang memanjang kebawah dari tengah-tengah aksila, sejajar dengan anterior aksila
Garis Midspinalis	Garis vertikal yang terletak ditegah-tegah punggung dan ditentukan oleh proses spinosus
Garis Midskapularis	Garis vertical yang terletak pada dinding posterior dada sejajar dengan garis midspinalis dan memanjang melalui puncak scapula

Garis-garis bayang ini dapat digunakan sebagai patokan bagi tenaga kesehatan ketika melakukan pemeriksaan fisik pada paru-paru dan jantung. Metode yang digunakan dalam pemeriksaan paru dan jantung adalah inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

INSPEKSI DADA

Inspeksi bentuk dada dan pergerakan dada

Observasi kulit pada bagian dada depan, samping dan belakang. Identifikasi apakah ada kelainan kulit atau lesi. Amati kesimetrisan antara dada kiri, kanan, dan juga bentuk dada. Bentuk dada normal pada orang dewasa apabila perbandingan antara anterior posterior dan transversalnya 1:2; dan simetris antara dada kiri dan kanan. Temuan abnormal perlu dicatat seperti bentuk tidak simetris dan perbandingan anterior posterior dan transbersal yang tidak sesuai.

Bentuk dada abnormal :

- a. Pigeon chest menunjukkan diameter transversal sempit karena sternum sangat menonjol seperti dada burung dan diameter antero posterior lebih lebar.
- b. Funnel Chest adalah bentuk dada yang berlawanan dengan pigeon chest karena sternum menyempit kedalam dan diameter antero posterior yang mengecil.
- c. Barrel chest adalah bentuk dada dengan perbandingan diameter antero posterior dan transversal 1:1.

Abnormal :

Dada yang penuh (barrel chest) menunjukkan adanya emphysema atau normal dengan ratio 1:1 AP ke diameter lateral.

Amati juga pergerakan dada, atau ekspansi paru terhadap adanya retraksi dinding dada dan penggunaan otot-otot aksesoris. Jika terjadi retraksi menandakan pasien sesak napas dan kemungkinan menderita penyakit Asthma atau Obstruksi Paru Kronik.

Inspeksi Payudara

Observasi kesimetrisan bentuk payudara kiri dan kanan, amati kulit apakah ada lesi atau striae. Inspeksi warna kulit apakah ada pigmentasi terutama sekitar areola mammae apakah ada perubahan warna coklat kehitaman. Amati juga bentuk puting susu menonjol atau datar terutama pada ibu hamil karena berkaitan dengan persiapan menyusui bayi. Penemuan normal, bentuk payudara simetris, puting susu menonjol, warna areola mamme coklat muda, dan tidak ada striae dan pigmentasi. Warna coklat kehitaman pada areola mammae seorang wanita menggambarkan kemungkinan sedang hamil.

PALPASI

Tujuan palpasi dada adalah mengkaji adanya nyeri tekan, massa, peradangan, kesimetrisan, ekspansi, dan taktil fremitus (getaran udara yang dirasakan saat melewati system bronkopulmonal ketika menyebutkan kata tertentu).

a. Palpasi Payudara

Palpasi payudara secara rincinya akan dipelajari pada mata ajar keperawatan ibu dalam konteks keluarga dan keperawatan medikal bedah yaitu asuhan keperawatan pada pasien-pasien tumor. Pada mahasiswa pemula palpasi payudara untuk mengidentifikasi apakah ada tumor dengan cara yang sama seperti pada pemeriksaan payudara sendiri.

b. **Palpasi dada**

Keluhan nyeri pasien ketika dipalpasi menandakan adanya peradangan, metastasis tumor ganas atau adanya pleuritis, ditambah lagi jika ada pembengkakan atau benjolan pada dinding dada. Perawat harus menggambarkan secara jelas ukuran tumor, konsistensinya, dan suhu pada area tumor sehingga mempermudah dalam menentukan apakah kelainan tersebut disebabkan oleh penyakit tulang tumor, bisul, atau proses peradangan. Ketika dada dipalpasi normalnya dada akan bergerak naik dan turun secara simetris kiri dan kanan. Bila ditemukan gerakan paru tidak simetris menunjukkan adanya atelektasis paru (paru menjadi kolap). Demikian pula dengan getaran udara yang masuk ketika pasien menyebutkan angka 77 atau 99 (tactil fremitus), normalnya akan terasa sama pada kedua sisi paru kiri dan kanan. Ketika getaran tactil fremitus menjadi keras misalnya menandakan adanya infiltrat seperti pada pasien TBC. Getaran menjadi lemah ditemukan pada pasien emfisema, pneumotorak, hidrotorak, dan atelektasis obstruktif.

Langkah-langkah kerja palpasi dinding dada adalah sebagai berikut:

Palpasi untuk mengetahui ekspansi paru-paru :

- Letakan kedua telapak tangan secara datar pada dinding dada depan pertemuan kedua ibu jari di garis midsternal dengan sedikit mengerutkan otot (lihat gambar A)
- Minta pasien untuk menarik napas sambil perawat merasakan gerakan dinding dada bandingkan sisi kanan dan sisi kiri dan perhatikan apakah ibu jari terpisah saat pasien inspirasi
- Ulangi pemeriksaan pada dinding posterior dada dengan cara yang sama.

Palpasi untuk mengkaji taktil fremitus dengan cara :

- Letakan telapak tangan anda pada bagian depan dinding dada tepat di atas lobus paru atas kiri dan kanan
- Minta pasien menyebut angka 77 atau 99 sambil anda melakukan palpasi
- Rasakan getaran udara yang masuk ketika pasien menyebutkan angka tersebut pada kedua sisi paru-paru dan bandingkan
- Geser tangan ke lobus tengah, lalu ke lobus bawah kiri dan kanan dan lakukan dengan cara yang sama.
- Lakukan palpasi taktil fremitus pada dinding posterior dada.

Perkusi

Tujuan perkusi paru-paru adalah untuk mengetahui kondisi paru-paru dengan cara diketuk, mengidentifikasi batas paru-paru dengan organ lain disekitarnya. Bunyi paru-paru akan

berubah dari resonance ke redup saat perkusi dari area paru-paru ke area jantung. Suara paru tidak didengar lagi ketika kita perkusi dilakukan dari batas kosta kiri kebawah karena bunyi yang didengar adalah timpani yang menandakan area dibawahnya adalah lambung. Ketika perkusi dilakukan di intercosta ke 9 kanan ke bawah suara akan pekak karena dibawahnya ada hepar.

Bunyi suara paru yang normal saat diperkusi adalah *resonan* yang terdengar seperti dug, dug, dug. Suara tersebut menggambarkan bahwa dibawah area yang diketuk ada jaringan berisi udara seperti paru-paru. Apabila bunyi paru lebih padat maka pasien menderita tumor paru. Suara paru akan terdengar pekak saat diperkusi bunyinya bleg, bleg, bleg. Pada pasien-pasien pneumothoraks ringan akan didengar bunyi *hyperresonance* saat diperkusi seperti deng, deng, deng. Bunyi *hyperresonance* terjadi karena udara relative lebih besar dibanding zat padat. Berbeda dengan bunyi paru pasien yang mengalami pneumothoraks berat dimana bunyinya seperti saat perkusi lambung yang penuh dengan udara. Bunyi tersebut disebut timpany yaitu seperti dang, dang, dang.

Perkusi paru-paru dapat dikerjakan secara sistematis dengan cara-cara sebagai berikut:

1. Tempatkan pasien pada posisi terlentang
2. Lakukan perkusi dada anterior mulai dari batas klavikula kebawah pada setiap sela iga.
3. Dengarkan bunyi secara cermat dan bandingkan sisi kanan dan kiri, juga bandingkan bunyi saat perkusi di atas jantung.
4. Minta pasien duduk atau miring pada yang tidak bisa duduk. Lakukan perkusi pada paru-paru posterior mulai perkusi dari puncak paru-paru kebawah. Bandingkan sisi kanan dan kiri

5. Lakukan perkusi paru-paru posterior untuk mendeterminasi gerakan diafragma (penting pada pasien empiema)
 - a. Suruh pasien untuk menarik napas panjang dan menahannya
 - b. Mulai perkusi dari atas kebawah (dari resonan ke redup) sampai bunyi redup didapatkan
 - c. Beri tanda dengan spidol pada tempat dimana didapatkan bunyi redup (biasanya pada spasium interskotalis ke 9 sedikit lebih tinggi dari posisi hati didada kanan.
 - d. Suruh pasien untuk menghembuskan napas secara maksimal dan menahannya.
 - e. Lakukan perkusi dari bunyi redup (tanda I) keatas biasanya bunyi redup ke 2 ditemukan diatas tanda I beri tanda pada kulit yang ditemukan bunyi redup (tanda II)
 - f. Ukur jarak antara tanda I ke tanda II. Pada wanita jarak kedua tanda ini normalnya 3-5 cm dan pada pria adalah 5-6 cm

AUSKULTASI PUMONARI

Auskultasi paru bertujuan untuk memperoleh data dasar sehingga dapat mengidentifikasi masalah-masalah paru yang sedang terjadi atau potensial membutuhkan intervensi keperawatan seperti menentukan frekuensi latihan pernapasan (napas dalam, batuk efektif, fisio therapy dada) atau kebutuhan untuk mengisap lendir efektif

1. Suara pernapasan normal

Suara pernapasan merupakan hasil dari pergerakan udara ke dalam paru-paru dan keluar dari paru-paru. Suara paru terjadi sebagai hasil dari dua elemen yaitu elemen vesicular dan bronchial. Elemen vesicular terjadi bila dinding alveoli dipisahkan oleh udara inspirasi yang masuk ke dalamnya. Elemen bronchial terjadi bila udara melewati vocalchords.

Ada tiga (3) jenis suara pernapasan yang dapat di dengar adalah vesicular, bronchovesicular dan bronchial. Suara pernapasan vesicular terdengar hampir di semua paru-paru karena menonjolnya alveoli. Bunyinya seperti suara barang yang jatuh dan mendesir halus atau sifatnya mendesir. Pada fase ekspirasi suaranya lembut, pendek, jatuhnya rendah hampir tidak kedengaran. Berbeda dengan suara inspirasi relatif lebih keras dan biasanya lebih halus pada dasar paru-paru (lobus bawah paru).

Suara paru-paru bronchovesicular di dengar pada saat auskultasi pada bronchus utama. Inspirasi dan ekspirasi keras dan hampir sama dalam durasi dan intensitas karena auskultasinya lebih dekat ke *vocal chords*. Sementara, suara bernapas bronchial normalnya tidak kedengaran di atas setiap area dari jaringan paru, dan kehadiran suara ini menunjukkan konsolidasi atau kompresi paru. Selama fase ekspirasi suara tersebut jatuhnya tinggi dan keras meningkat dalam durasi, jatuhnya dan intensitasnya.

2. Suara paru yang abnormal.

Ada 3 jenis suara paru yang abnormal :

- 1) Crackles atau rales (gemerecik) ditimbulkan karena udara mengalir melalui jalan udara yang lembab/basah
- 2) Wheezing (suitan atau mengi) didengar akibat udara mengalir melalui jalan udara yang sempit.
- 3) Ronchi didengar ketika udara mengalir melalui jalan udara yang berlendir
- 4) Ada jenis suara yang keempat terjadi di luar paru-paru yang disebut: "*a pleura friction rub*" akibat dari gesekan tulang rusuk yang memeradangkan pleura antara paru dan dinding dada.

Langkah-langkah melakukan auskultasi pulmonal :

1. Posisikan pasien duduk jika mungkin untuk auskultasi daerah posterior paru. Pasien wanita mungkin lebih mudah mengauskultasi bagian anterior jika ia tidur
2. Gunakan diaphragma stetoskop. Pegang diaphragma dengan jari yang tidak menyentuh kulit dan slang tidak menyentuh pakaian atau benda lainnya
3. Minta pasien miringkan kepala, bernapas dalam dengan ringan, tidak terlalu cepat, dan bernapas melalui mulut
4. Dengar suara paru pada setiap area yang diauskultasi untuk satu kali pernapasan penuh secara sistematis dan konsisten
5. Identifikasi jenis suara pernapasan, Intensitas suara pernapasan, adanya suara-suara yang abnormal

Tabel. 5 Suara Paru Abnormal

Jenis	Fisiologi	Auskultasi	Bunyi	Patologi
Rales Fine Medium Coarse	Udara melewati sekresi di alveoli Udara melewati sekresi di bronchiolus/bronchi Udara melewati sekresi di saluran napas yang besar (trachea)	Akhir inspirasi Tengah-tengah inspirasi Permulaan inspirasi	Mengesek rambut Mendesis Cekukan keras	Pneumoni, heart failure Tahap akhir Pneumonia, HF, Odem paru Reflek batuk tertekan, bersihkan lendir
Ronchi	Udara melewati jalan napas yang ada sekret/lendir	Lebih terdengar saat ekspirasi	Gesekan kertas	pneumonia
Wheezing	Udara melewati jalan sempit	selama ekspirasi bisa juga fase inspirasi	Cekukan musik yang keras	Obstruksi paru
Pleural Friction Rub	Mengesek pleura yang inflamasi	Akhir ekspirasi pada basis paru	Kasar, mengesek	Radang pleura

PEMERIKSAAN JANTUNG

1. Inspeksi

Inspeksi Iktus Cordis atau pulsasi nadi apical.

Posisi yang tepat untuk inspeksi nadi apical adalah tidur terlentang, dengan kepala sedikit ditinggikan 30 derajat. Tetapi, jika tidak dapat diinspeksi maka minta pasien untuk tidur pada posisi miring ke kiri atau duduk tegak. Impuls apical memberikan informasi tentang fungsi ventrikel kiri. Normalnya, nadi apical dapat di inspeksi pada sela iga ke 5 midklavikula parasternal kiri, 5-7 cm dari mid-sternal. Gunakan penerangan berupa senter atau lampu sorot bila pencahayaan kurang. Temuan abnormal bila nadi apical bergeser ke sela iga ke 6 berarti terjadi pembesaran jantung pada pasien gagal jantung atau penyakit pericardial. Impuls yang lebih kuat sepanjang garis sternal kiri, menandakan suatu muatan yang berlebihan, terjadi pada peningkatan daya ventrikel kiri karena beban kerja jantung meningkat pada gagal jantung.

Inspeksi distensi vena jugular

Tujuan pengkajian vena jugular adalah mendapatkan informasi tentang volume dan tekanan dalam jantung kanan. Lokasi vena jugular luar adalah diatas klavikula, tetapi vena dalam yang lebih besar menyeberangi sternocleidomastoid muscle (dibawahnya). Posisi yang tepat saat inspeksi vena jugular adalah tidur terlentang dan tinggikan kepala tempat tidur 30-45 derajat karena vena ini biasanya tidak tampak bila pasien duduk.

2. Palpasi

Lokasi palpasi nadi apical sama dengan lokasi saat inspeksi. Selain itu nadi yang lain juga dapat dipalpasi di beberapa tempat mulai dari kepala sampai kaki (baca di pengukuran nadi). Arteri carotis harus dipalpasi di 1/3 bawah leher untuk menghindari penekanan yang berlebihan pada artery carotis. Penekanan yang berlebihan dapat mengakibatkan denyut jantung melambat dan hypotensi. Palpasi arteri karotis kanan dan kiri harus dilakukan pada saat yang tidak sama untuk menghindari penurunan aliran darah ke otak.

Posisi yang baik saat palpasi precordium adalah tidur terlentang. Bisa juga pasien duduk supaya impulsnya teraba. Impuls apical mungkin susah diraba pada pasien tidur terlentang, sehingga bisa minta pasien tidur posisi miring atau duduk tegak. Normal nadi apical terasa lembut, detakannya tidak terus menerus pada daerah dengan ukuran kira-kira sebesar kelereng (radius 2-3 cm).

Apikal pulse yang terangkat pelan atau terus menerus dan kuat yang mendorong keatas ke tangan pemeriksa menunjukkan pembesaran ventrikel kiri. Pergeseran impuls apical dapat disebabkan oleh dextrocardia (lokasi jantung sebelah kanan hemithorax), hernia diafragma, abdominal distention atau pulmonal abnormality.

Pemeriksaan vena jugular.

Dibandingkan dengan vena luar, umumnya tidak berdenyut tetapi dapat digunakan untuk memperkirakan mean tekanan atrial kanan. Sudut 45 derajat akan menyebabkan pulsasi vena meningkat ke 1- 3 cm diatas level manubrium. Batas atas dari JVP normal adalah 3 cm H₂O diatas sudut sternum. Secara klinis ini mewakili suatu JVP 8 cm (bila sudut sternal sama dengan 5 cm diatas atrium kanan).

Peningkatan JVP lebih besar dari 8 cm paling sering sebagai akibat dari peningkatan volume darah. Biasanya tampak pada kondisi-kondisi yang menyebabkan Right Ventrikel Failure seperti tricuspid valve regurgitation dan pulmonary hypertension.

Cara mengukur vena jugular.

1. Posisikan pasien terlentang
2. Tinggikan kepala tempat tidur 30-45 derajat
3. Nyalakan senter dan arahkan ke leher pasien untuk menandai denyutan internal jugular vein.
4. Bedakan internal jugular vena dengan arteri carotis, hambat internal jugular vena dengan ujung jari pada bagian dasarnya, lalu lepaskan. Gerakan ini dengan cepat menghasilkan gelombang denyutan pada vena jugular interna.
5. Tentukan meniskus/titik yang paling tinggi dimana denyutan internal jugular dapat dilihat.
6. Tentukan sternal angle (angle of Louis), dimana dapat dirasa pada suatu titik pada sternum paling tinggi. Secara kasarnya 4 cm diatas atrium kanan.
7. Dengan penggaris, ukur jarak vertikal dari sternal angle ke meniskus vena jugular. Baca dipenggaris sama dengan JVP, yang umumnya tidak lebih dari 4 cm.
8. Kalkulasi CVP, tambahkan 4 cm pada JVP.

3. Perkusi

Perkusi jantung dikerjakan bersamaan dengan perkusi paru-paru. Batas basis dan apeks jantung perlu diidentifikasi saat perkusi. Basis jantung dapat diperkusi pada sela iga kedua parasternal kanan dan kiri kurang lebih 1 cm dari midclavikula. Apex jantung diperkusi di sela iga ke 5 midklavikula, 5-7 cm dari garis midsternal. Suara perkusi akan terdengar berbeda saat perkusi memasuki area jantung yaitu menjadi redup karena ada masa jantung di bawahnya. Batas kanan jantung menyusuri garis 1 cm sebelah kanan midsternal dan batas kirinya adalah 3-4 cm garis midsternal.

4. Auskultasi

Suara jantung normal secara relatif tonusnya rendah, menyebabkan kesulitan dalam mendengar. Maka itu dibutuhkan lingkungan yang tenang saat auskultasi jantung. Pasien juga harus tenang, hangat, bila otot-otot tegang, bergerak dan gemetar maka suara sekitarnya terdengar.

Urutan auskultasi jantung biasanya dimulai dengan pasien duduk. Ada 3 posisi dasar saat auskultasi suara jantung. Mulailah auskultasi apex, kemudian pindah kebawah sternal paling bawah, lalu secara perlahan-lahan pindah keatas sepanjang bawah sternal kiri kedasar kanan dan kiri. Pada setiap tempat auskultasi dengar satu suara pada saat itu. Semua sisi harus diauskultasi. Pertama dengan menggunakan diaphragma stetoskop dengan tekanan yang kuat lalu dengan bell stetoskop dengan sedikit tekanan. Minta pasien bernapas secara normal dan selanjutnya tahan napas saat respirasi. Ini membuat pemeriksa mendengar suara lebih baik.

Ada 5 tempat auskultasi jantung.

1. Posisikan pasien tidur terlentang atau duduk.
2. Letakkan stetoskop pada sela iga kedua kanan 1 cm dari midsternal untuk mendengarkan penutupan katup semilunar aorta
3. Pindahkan stetokop ke sela iga kedua kiri 1 cm dari midsternal dengarkan bunyi penutupan katup semilunar pulmonal
4. Pindahkan stetoskop ke sela iga ke 5 parasternal kanan 5-7 cm dari midsternal, dan garis midklavikula untuk mendengarkan penutupan katup bikuspid atau katup mitral
5. Geser stetoskop ke sela iga ke 4 parasternal kanan 3-4 cm dari midsternal untuk mendengarkan penutupan katup trikuspid.

Pada setiap titik, dengar suara jantung, kenali suara jantung satu (S1), kemudian suara jantung 2 (S2).

Pertimbangkan pokok-pokok dibawah ini saat auskultasi sisi-sisi tersebut :

1. Kaji kecepatan dan ritme jantung
2. Intensitas, nada, durasi dan pemilihan waktu siklus jantung.
 - a. Intensitas (kekerasannya) adalah derajat dimana suara jantung dapat didengar bervariasi secara luas.
 - b. Pitch adalah frekuensi suara jantung.

Suara jantung intensitasnya relatif rendah ; tetapi, suara-suara ekstra, seperti diastolik mur-mur pada mitral stenosis dan S3, frekuensinya lebih rendah. Murmur diastolik pada regurgitasi aorta atau suatu S2 normal frekuensi suaranya lebih tinggi.

- c. Durasi berkaitan dengan berapa lama suara jantung berakhir. Suara jantung singkat, berakhir kurang dari 1 second. Periode silent antara S1 dan S2, menggambarkan systole, dan S2 dan S1, menggambarkan diastole lebih lama.
- d. Tempo (timing) menggambarkan suara jantung saat bunyi selama siklus jantung. Contohnya, systole mulai dengan S1, dan meluas ke S2. Diastole dimana intervalnya lebih lama, mulai dengan S2 dan meluas ke S1 berikutnya.
 Palpasi arteri carotis secara serempak sementara auskultasi suara jantung membantu mengenali systole.
3. Suara ekstra : dengar suara-suara ekstra seperti systolic click atau ejection sounds, diastolic opening snaps, gallop, dan murmur.
4. Suara jantung yang pecah secara fisiologic : dengarkan, ini berkaitan dengan respirasi.

PUNGGUNG ATAS DAN SAMPING

- Spina

Teknik pemeriksaan :

Periksa tinggi lengan apakah ada perbedaan. Palpasi panjang spina dengan jari-jari pada setiap sisi dari spina untuk mendeteksi lekukan samping

Abnormal :

Tanda-tanda kelainan mungkin mengganggu pernapasan atau menyebabkan kelelahan

- Pergerakan pernapasan yang simetris

Teknik pemeriksaan :

Letakkan kedua tangan pada lateral thorax di bawah scapula dengan ibu jari pada spina dan jari-jari diulurkan ke depan. Minta pasien untuk bernapas dalam. Observasi dan rasakan ekspansi yang sama pada ke dua sisi dari thorax

Abnormal :

Asimetris memberi kesan bahwa ada gangguan paru-paru atau pleural dan gangguan dengan full excursion

- Diameter thorax

Teknik pemeriksaan :

Selalu dibandingkan depan ke belakang (AP) dan samping (lateral)

Abnormal :

Dada yang penuh (barrel chest) menunjukkan adanya emphysema atau normal dengan ratio 1:1 AP ke diameter lateral (ratio normal 1:2)

- Auskultasi paru-paru

Teknik pemeriksaan

Auskultasi paru dijelaskan berikut

Abnormal :

Kaji penurunan suara pernapasan atau tidak adanya suara (abnormal)

ABDOMEN

- Inspeksi abdominal

Teknik pemeriksaan :

Periksa apakah kulit kering dan ada luka. Periksa kebersihan dari pusat dan lesi.

Periksa pergerakan usus dan pulsasi aorta. Mengukur ketegangan abdomen dengan pita melingkari pusat

Abnormal :

Ketegangan abdominal mungkin akibat dari lemak, asites, kandung kemih kembung, hamil dan tumor. Peningkatan peristaltik usus mungkin dapat dilihat dari mulainya obstruksi intestinal

- Suara bowel

Teknik pemeriksaan :

Gunakan diaphragma stetoskop dengan sedikit tekanan untuk mendengarkan suara bowel, dimulai dari kuadrat perut kanan bawah. Jika tidak dengar di tempat itu dengan di kuadran yang lain

Abnormal :

Gangguan dalam suara-suara bowel terjadi pada diarrhea dan ileus

- Palpasi nadi femoral

Palpasi adanya dan kuatnya nadi femoral

- Inspeksi testis

Teknik pemeriksaan

Tanyakan pada pasien pria apakah mereka memeriksa testisnya secara teratur. Jika tidak dilakukan maka mereka perlu diajarkan

PINGGUL

- Sakrum dan bokong

Teknik pemeriksaan :

Inspeksi adanya merah dan luka-luka pada sakrum dan bokong

Abnormal :

Data dasar dari kulit sakrum dan bokong sangat penting jika pasien kurang makan makanan bergizi, odem atau istirahat total di tempat tidur

EKSTREMITAS

Catat :

Selalu membandingkan ekstremitas kanan dan kiri. Kaji kedua tangan dan kedua kaki

- Kuku jari

Teknik pemeriksaan :

Inspeksi tekstur kuku dan kekebalannya, sudut kuku jari terhadap dasar kuku

Abnormal :

Perubahan kuku kelihatan pada usia tua dan malnutrisi. Kuku yang klubing ditemukan pada keadaan hipoxia paru

- Meraba kapiler

Teknik pemeriksaan :

Memeriksa kapiler : Tekan kuku ibu jari berlawanan dengan sudut dari kuku dan lepaskan dengan cepat

Abnormal :

Respon pucat atau pengembalian warna yang lambat mungkin menunjukkan kurangnya sirkulasi ke jari-jari tangan atau jari kaki

- Palpasi pada pitting odem

Teknik pemeriksaan :

Tekan jari-jari dengan kuat di atas odem, di atas bagian dosal dari kaki dan disamping maleolus media

Abnormal :

Pitting odem disebabkan karena meningkatnya cairan di ruangan interstisiel

- Pulse

Teknik pemeriksaan :

Kaji nadi radial dan brachial di lengan dan dorsalis pedis dan pulse tibialis posterior di kaki, apakah ada, kuat dan simetris

Abnormal :

Pulse yang menurun mungkin akibat sirkulasi yang menurun

- Kekuatan otot

Teknik pemeriksaan :

Untuk kaki, kaki terlentang lurus, tekan tangan pada lutut dan kita minta pasien mengangkat lutut melawan tangan anda.

Kemudian pindahkan tangan anda ke bawah lutut dan yang lain pada pergelangan kaki, minta klien melawan tahanan kaki.

Abnormal

Menurunnya kekuatan otot kaki akan menurunkan kemampuan ambulasi dan meningkatkan resiko jatuh

- Pergelangan kaki

Teknik pemeriksaan :

Tes kekuatan pergelangan kaki dengan minta klien mendorong melawan tahanan tangan anda, pertama tempatkan pada dorsal kemudian plantar

Abnormal :

Menurunnya kekuatan pergelangan kaki akan meningkatkan resiko jatuh bila ambulasi

- Lengan

Teknik pemeriksaan :

Minta pasien menggenggam jari telunjuk dan jari tengah anda dan pertama menarik, mendorong tangan anda melawan tahanan. Tes kekuatan tangan dengan meminta pasien menggenggam kedua jari anda kuat-kuat

Abnormal :

Kekuatan otot lengan yang menurun mungkin mengganggu aktivitas harian. Begitu pula tangan yang lemah

- Range of motion (ROM)

Teknik pemeriksaan :

Kaji ROM dari lengan, siku, pergelangan tangan dan jari. Kaji Rom dari paha, lutut dan pergelangan kaki

Abnormal :

Penurunan ROM mengganggu jalan dan aktivitas harian

- Koordinasi

Teknik pemeriksaan

- 1) Koordinasi jari-jari : minta psien menyentuh ibu jari dengan semua jari-jarinya dengan gerakan yang cepat
- 2) Koordinasi jari ke hidung : minta pasien untuk menyentuh jari telunjuk anda kemudian menyentuh hidungnya beberapa kali, pertama dengan mata terbuka kemudian dengan mata tertutup
- 3) Koordinasi tumit dan telapak yang berlawanan dan menggerakan tumit ke atas dan kebawah

Abnormal :

Kekakuan koordinasi sendi ke sendi mungkin menunjukan kelemahan motor, hilangnya rasa, atau penyakit otak. Pasien mungkin mengalami kesukaran aktivitas harian dan meningkatnya resiko jatuh

- Koordinasi seluruh tubuh

Teknik pemeriksaan :

- Jika klien ambulatori, minta pasien untuk berjalan melewati ruangan dan kembali untuk mengkaji gaya berjalan

- Minta pasien berdiri dengan lengan disamping, pertama dengan mata terbuka kemudian dengan mata tertutup, kaji keseimbangan

Abnormal :

Gaya berjalan yang kaku dan menurunnya keseimbangan mungkin mengganggu ambulasi dan meningkatkan resiko jatuh

RUJUKAN

1. Kozier B, Erb G.,Blais K., dan Wilkinson.,(1992) “ Fundamental of Nursing : Concepts, Process and Practise, Fifth Edition, Addison – Wesley Nursing, Rewood City.
2. Kozier B, Erb.,Blais K.,dan Wilkinson.,(1995) “ Fundamental of Nursing : Concepts, Process and Practise, Fifth Edition, Addison – Wesley Nursing, Rewood City.
3. Delaune C.S., dan Ladner K.P., (1998) Fundamental of Nursing “ Standard and Practise” Delmar Publisher, Albany
4. Arif Mutagin. 2010,. Pengkajian Keperawatan Aplikasi Pada Praktikum Klinik. Jakarta : Salemba Medika
5. Yulia Suparmi,dkk. 2008. Panduan Praktek Keperawatan, Kebutuhan Dasar Manusia.Yogyakarta : Citra Aji Parama
6. Janice L.Willms dan Henry Schneiderman, 2005. Buku Saku diagnosis Fisik.Jakarta : EGC
7. Aziz Alimul H. 2006. Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia . Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan. Jakarta : Salemba Medika
8. Potter.Perry. 2005. Buku Ajar Fundamental Keperawatan.Konsep, Proses dan Praktik.Edisi 4 Jakarta : EGC

DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Margaretha Teli, S.Kep,Ns, MSc-PH

TUJUAN PEMBELAJARAN

Mahasiswa mampu merumuskan diagnose keperawatan setelah diberikan kasus maya

1. Mampu mengidentifikasi masalah keperawatan
2. Mampu menetapkan penyebab terjadinya masalah
3. Mampu mengidentifikasi data pendukung subyektif
4. Mampu mengidentifikasi data pendukung obyektif
5. Mampu menetapkan komponen diagnose actual, potensial, dan risiko.
6. Mampu merumuskan diagnose keperawatan

1. PENDAHULUAN

Setelah melakukan pengkajian data secara lengkap dan keseluruhan, langkah selanjutnya dari proses keperawatan adalah membentuk kesimpulan diagnosis yang akan menentukan pelayanan keperawatan terhadap pasien. Diagnosis merupakan langkah kedua dari proses keperawatan yang merupakan proses mencari alasan (*reasoning process*) yang digunakan untuk menginterpretasikan data untuk menarik kesimpulan dan membuat diagnosis keperawatan.

Diagnosis keperawatan ditetapkan didasarkan pada hasil pengkajian. Data hasil pengkajian ditelaah melalui proses analisis dan sintesa sebagai dasar mengidentifikasi diagnosis Keperawatan.

Diagnosa keperawatan pada dasarnya adalah mendiagnosa respon manusia terhadap stressor (bisa berupa kejadian tertentu, penyakit atau injuri). Stressor yang ada bisa menyebabkan banyak respon yang dapat dikarakteristikkan sebagai respon adaptif atau respon maladaptif. Respon maladaptif pada akhirnya akan memunculkan masalah kesehatan (*health problem – maladaptive/ harmful response*) (Wilkinson, 2007).

2. PENGERTIAN

Diagnosa Keperawatan merupakan interpretasi ilmiah atas data hasil pengkajian yang digunakan perawat untuk membuat rencana, melakukan implementasi dan evaluasi (NANDA, 2011). **Nursing diagnoses create the links between collecting information and care planning** (Gordon, 1994).

Diagnosis keperawatan merupakan “clinical judgment” yang berfokus pada respon manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan atau kerentanan (vulnerability) terhadap respon dari individu, keluarga, kelompok atau komunitas (NANDA, 2015-2017).

Dengan demikian Diagnosis Keperawatan dapat menjadi sebuah kesimpulan mengenai status kesehatan pasien yang didapatkan dari pengkajian data yang akurat. Diagnosis keperawatan berfokus pada respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan dibandingkan dengan kejadian fisiologis, komplikasi atau penyakit. Data yang akurat akan mengarahkan penetapan diagnosis keperawatan yang tepat.

Proses diagnosis berawal dari proses pengkajian dan termasuk langkah-langkah pengambilan keputusan. Pada saat kita menuliskan *nursing diagnosis* dengan kalimat formal, kita menggunakan *diagnostic label* (daftar standar dari *diagnostic terminology*) yang disetujui oleh NANDA.

1. Kegiatan dalam fase diagnosis

Adapun kegiatan yang dilakukan dalam mendiagnosis menurut Wilkinson (2007) terdiri dari:

a. Interpreting

Interpreting artinya menginterpretasikan atau memberikan pemahaman terhadap data yang telah didapatkan dalam pengkajian. Proses interpreting ini sepenuhnya menggunakan konsep berpikir kritis. Kegiatan ini dilakukan dengan mengumpulkan tanda atau gejala yang mungkin menjadi satu kelompok, kemudian melihat pola dan hubungan antara gejala tersebut. Selanjutnya menarik kesimpulan mengenai status kesehatan saat itu dan menentukan etiologi serta mengkategorikan masalah yang ada, apakah diagnosis masalah tersebut merupakan masalah actual, risiko, promkes dsb.

Agar lebih mudah dipahami dapat menggunakan kolom sebagai berikut :

Kebutuhan dasar	Masalah	Kemungkinan penyebab	Data-data
Eliminasi Bowel	Konstipasi	Imobilisasi	S : Perasaan penuh pada rektum, kelelahan umum, nyeri saat defekasi O : teraba masa pada abdomen, feces kering, keras dan padat, darah merah menyertai pengeluaran feces

b. Verify

Kesimpulan yang telah dibuat diverifikasi dengan pasien (kecuali pasien yang tidak sadar atau hampir meninggal).

c. Menentukan label diagnosa keperawatan

Label untuk diagnosis keperawatan menggunakan system kalsifikasi (*taxonomy*). Karena itu diperlukan bahasa keperawatan yang sama, antara lain dengan menggunakan NANDA-I yang mempunyai susunan sbb:

- ❖ Definisi membantu perawat dalam melakukan verifikasi diagnosis keperawatan tertentu. Saat ini diagnosa keperawatan mengacu pada taksonomi NANDA International. mengekspresikan dengan tepat dan jelas mengenai kealamiahannya diagnosa dan membedakan label dengan yang lain
- ❖ Batasan Karakteristik menggambarkan tanda dan gejala baik yang diobservasi oleh perawat (objektif) maupun yang dikatakan oleh pasien/keluarga (subjektif). Setelah dilakukan pengkajian secara lengkap, perawat mengelompokkan tanda dan gejala yang mendukung masalah keperawatan. Batas karakteristik biasanya lebih dari dua atau tiga untuk dapat memverifikasi suatu diagnosis keperawatan. *Defining characteristic* (batasan karakteristik): adalah tanda (data subyektif dan obyektif) yang mengindikasikan adanya label diagnose. Untuk diagnose actual, batasan karakteristik adalah tanda dan gejala. Tidak semua batasan karakteristik perlu ada untuk bisa menggunakan label sebagai diagnosa.
- ❖ Faktor yang berhubungan menggambarkan faktor penyebab yang menyimpulkan hubungan dengan diagnosis keperawatan. Dengan kata lain faktor yang menyebabkan timbulnya sebuah masalah (yang berkaitan dengan masalah). Faktor-faktor ini harus diubah ke kondisi kesehatan yang optimal dan membantu perawat menentukan rencana tindakan keperawatan. Faktor yang berhubungan dengan biasanya ada pada diagnosis AKTUAL.
- ❖ Faktor Risiko. Faktor risiko hanya dijumpai pada diagnosis RISIKO. Faktor risiko sama dengan faktor yang berhubungan (pada diagnosis aktual). Faktor risiko menggambarkan perilaku atau kejadian yang menempatkan pasien pada kondisi risiko dan mengarahkan pada intervensi untuk pencegahan masalah keperawatan. Contoh Risiko trauma berhubungan dengan kelemahan, penglihatan kurang jelas, kesulitan mencapai keseimbangan. Oleh karena penyebab tersebut, maka perlu adanya intervensi untuk mencegah jatuh. *Relate or risk factors* adalah semua kondisi, situasi yang berkaitan

dengan masalah, misalnya hal yang mempengaruhi, menyebabkan, bisa berasal dari biologi, psikologi, social, *development*, *treatment*, dll.

Semua diagnosis keperawatan terdiri dari label dan definisi yang jelas. Sangatlah penting bagi seorang perawat untuk mengetahui definisi dari diagnosis yang seringkali digunakan. Perawat juga perlu tahu tentang indikator dari diagnosis tersebut, data yang digunakan untuk mendiagnosis dan untuk membedakan diagnosis satu dengan lainnya. Indikator diagnosis termasuk definisi karakteristik, faktor resiko dan faktor yang berhubungan lainnya.

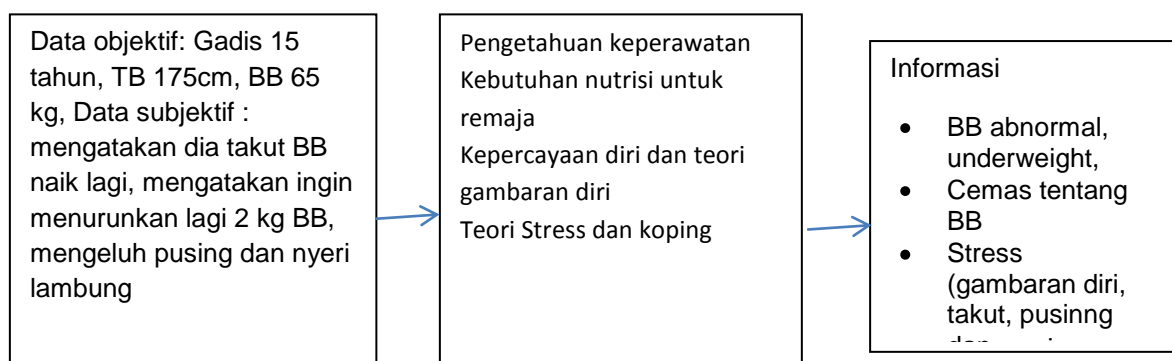
Term	Deskripsi singkat
Diagnosis Keperawatan	Masalah, kekuatan, atau faktor resiko untuk klien, keluarga, kelompok dan komunitas
Definisi Karakteristik	Tanda dan gejala (data subjektif dan objektif)
Faktor yang berhubungan	Penyebab atau faktor yang menyebabkannya (penyebab)
Faktor resiko	Determinant (faktor yang meningkatkan resiko)

Format diagnosis Keperawatan → -----Nursing diagnosis related to.....(penyebab) yang ditandai dengan..... (tanda dan gejala/karakteristik) seperti contoh

Tidak efektifnya bersihan jalan napas berhubungan dengan sekret yang berlebihan dan asma yang ditandai dengan menurunnya bunyi napas bilateral, crackles pada lobus kiri, batuk berdahak

Analisa Data

Tahap kedua dalam proses adalah konversi data kedalam informasi. Tujuannya adalah membantu perawat untuk mempertimbangkan data yang harus dikumpulkan dalam skrening pengkajian atau membantu mengidentifikasi data tambahan apa yang perlu dikumpulkan. Konsep informasi dan data seringkali digunakan tertukar tetapi karakteristik aktual data dan informasi sangat berbeda. Dalam upaya mendapatkan pemahaman yang lebih baik, dari pengkajian dan diagnosis keperawatan, penting untuk membedakan data dari informasi.



Data dikumpulkan oleh perawat melalui observasi. Data dikumpulkan oleh perawat dari pasien (keluarga/kelompok/masyarakat) dan kemudian menggunakan pengetahuan keperawatan, dan kemudian data tersebut ditransformasikan kedalam informasi. Informasi dapat dilihat sebagai data dengan suatu keputusan atau pengertian seperti tinggi atau rendah, normal atau tidak normal dan penting atau tidak penting.

Sangat penting untuk dicatat bahwa data yang sama dapat diinterpretasikan secara berbeda tergantung pada konteks atau data baru yang dikumpulkan.

Data Subjektif dan Data Objektif

Perawat mengumpulkan data dan mencatat 2 tipe data yang berkaitan dengan kondisi pasien; Data subjektif dan data objektif. Dokter lebih memperhatikan data objektif daripada data subjektif untuk membuat diagnosa medik, perawat memperhatikan kedua jenis data tersebut untuk membuat diagnosa keperawatan (Gordon, 2008). Apa sebetulnya perbedaan mendasar kedua data tersebut? Kamus Merriam-Webster, 2014 mendefinisikan data subjektif sebagai data yang didasarkan pada perasaan atau opini daripada fakta-fakta, sedangkan data objektif lebih menekankan pada fakta-fakta daripada perasaan (yang dirasakan pasien) dan opini. Satu hal penting yang perlu diperhatikan, ketika kedua term ini digunakan dalam pengkajian keperawatan, sedikit berbeda walaupun ide dasarnya masih sama, Data subjektif bukanlah yang dirasakan perawat tetapi apa yang dirasakan oleh pasien dan data objektif adalah fakta-fakta yang diobservasi oleh perawat atau profesional kesehatan lainnya.

Dengan kata lain data subjektif berasal dari ungkapan verbal pasien tentang persepsi atau pikiran, perasaannya tentang masalah kesehatan yang dialaminya, mencakup kehidupannya sehari-hari, kenyamanan, hubungannya dll. Sebagai contoh pasien mengatakan nyeri berat pada bagian punggung selama seminggu, saya tidak mempunyai siapapun lagi untuk berbagai perasaan saya. Namun kadang-kadang pasien tidak mengungkapkan data subjektifnya karena itu dapat kita ambil dari keluarga atau teman dekatnya. Orang tua dapat memberikan informasi tentang perilaku anaknya sesuai dengan apa yang mereka observasi dan pengetahuannya. Perawat dapat memvalidasi apa yang dikatakan dengan memperhatikan perilaku anak tersebut dan perilaku seperti ini dapat digunakan sebagai data subjektif. Data Subjektif didapatkan melalui wawancara atau riwayat pasien. Proses ini tidak hanya bertanya pertanyaan sesuai format. Untuk mendapatkan data yang akurat, perawat harus menggunakan kemampuan mendengarkan aktif, gunakan pertanyaan terbuka sebanyak mungkin, khususnya pertanyaan yang mendalam bila ditemukan indikasi sebuah masalah.

Data Objektif

Data Objektif adalah semua yang berkaitan dengan apa yang diobservasi oleh perawat tentang kondisi pasien. Data objektif dikumpulkan melalui pemeriksaan fisik, dan hasil test diagnostik. Observasi disini tidak hanya apa yang dilihat oleh perawat terkait dengan penampilan umumnya, ini membutuhkan semua alat indera. Dengarkan bunyi paru, cium bau luka, raba temperatur kulit. Perawat juga menggunakan alat dan instrumen lain untuk mendapatkan data numerik seperti berat badan, tekanan darah, saturasi oksigen dan skala nyeri. Perawat harus memiliki kemampuan yang baik untuk melakukan pemeriksaan fisik dan kemampuan menggunakan semua alat yang terstandar dan alat monitoring lainnya.

Pengelompokan Informasi/membuat pola

Setelah perawat mengumpulkan data dan ditransformasikan kedalam bentuk informasi, langkah selanjutnya adalah memulai menjawab pertanyaan, Apa diagnosa keperawatan (masalah pasien)?. Ini sangat membutuhkan teori-teori dan model keperawatan, juga membutuhkan konsep penting terkait diagnosa keperawatan. Teknik pengkajian tidak berarti bila tidak tahu cara menggunakan data. Jika perawat yang mengkaji orang dewasa, tapi tidak mengetahui BMI pada usia tersebut, perawat tersebut tidak dapat menginterpretasikan berat badan pasien.

Identifikasi kemungkinan Diagnosis (hipotesis diagnosa)

Pada tahapan ini, perawat melihat pada data yang sama untuk membentuk suatu pola; ini sangat membantu melihat apa masalah yang dialami pasien. Perawat perlu mempertimbangkan semua kemungkinan diagnosa yang ada dalam pikirannya. Tanyakan dirimu, setelah data dikumpulkan dan ditransformasikan kedalam informasi, Bagaimana kamu mengetahui data penting apa saja dan apa yang tidak relevan untuk pasien tersebut? Untuk mendapatkan pola yang tepat sangat diperlukan pemahaman akan konsep yang mendukung setiap diagnosa. Sebagai contoh, Pengkajian Tn K, dan dicatat bahwa pasien mengalami kesulitan bernapas, pulse oximeter 88%, menggunakan otot bantu napas, retraksi supraclavicular. Apa yang disampaikan data tersebut? Kecuali jika perawat memiliki pengetahuan yang cukup tentang pola napas normal, pertukaran gas, dan ventilasi, mungkin tidak memberikan banyak informasi. Mungkin perawat dapat mengatakan dia mengalami masalah dengan pernapasan, tetapi tidak cukup untuk mengetahui apa yang harus dilihat untuk mengetahui penyebabnya (faktor yang berhubungan) atau bahkan data lain (karakteristik) yang harus dilihat untuk menentukan diagnosis yang akurat. Situasi ini akan menuntut perawat untuk mengambil sebuah diagnosis dari daftar diagnosa dan mencoba menggunakan diagnosa medik sebagai dasar untuk membuat diagnosa keperawatan.

Pengetahuan konseptual dari setiap diagnosa menuntun perawat untuk memberikan pengertian yang akurat tentang arti dari data yang dikumpulkan dari pengkajian yang mendalam.

Bila pengetahuan konseptual ini dimiliki, perawat akan mulai melihat data yang telah dikumpulkan dengan cara yang berbeda. Data akan diterjemahkan kedalam informasi, dan mulai mengobservasi bagaimana data tersebut digroupkan untuk membentuk pola atau gambaran mungkin terjadi pada pasien. Pada contoh dari diatas, dengan konseptual pengetahuan tentang nutrisi, kepercayaan diri, stress dan koping, perawat mungkin mulai melihat informasi tentang kemungkinan diagnosa seperti :

1. Ketidakseimbangan nutrisi, kurang dari kebutuhan tubuh (00002)
2. Gangguan gambaran tubuh (00118)
3. Rendahnya kepercayaan diri (00120)

Untuk mendapatkan diagnosis yang paling akurat, harus divalidasi dan perlu mendapatkan informasi tambahan dengan melakukan pengkajian mendalam untuk konfirmasi sebuah diagnosa. Dengan menggabungkan pengetahuan dasar keperawatan dan pengetahuan diagnosa keperawatan, perawat dapat mengidentifikasi kemungkinan diagnosa berdasarkan pengkajian screening kepada pengkajian mendalam dan menentukan diagnosa yang tepat.

Pengkajian mendalam

Pada fase ini, perawat telah mereview data dari pengkajian screening untuk menentukan apakah data normal atau tidak normal. Atau jika itu menunjukkan resiko atau malah sebuah kekuatan. Jika ditemukan data yang tidak normal atau beresiko terhadap masalah, maka diarahkan ke masalah yang berfokus pada masalah/ aktual atau diagnosa risiko. Namun bila terindikasi adanya keinginan untuk memperbaiki atau meningkatkan (seperti meningkatkan nutrisi) dipertimbangkan sebagai diagnosis promosi kesehatan.

Jika data-data diinterpretasikan sebagai data abnormal, pengkajian mendalam sangat diperlukan untuk mendiagnosa pasien secara lebih akurat dan tepat. Jika perawat tidak memberikan perhatian yang cukup, maka data-data penting mungkin tidak akan didapatkan. Melalui pengkajian yang mendalam, perawat akan mendapatkan dan bahkan dapat merevisi diagnosis yang mungkin didapatkan saat pengkajian screening.

Saat data dikumpulkan dan diprses menjadi informasi, inilah waktu yang tepat untuk mempertimbangkan diagnosis potensial atau diagnosa yang telah ditentukan. Dalam langkah ini, ada tiga tahapan yang perlu dipertimbangkan :

1. Apakah pengkajian mendalam memberikan data baru yang perlu dikeluarkan

2. Apakah pengkajian mendalam mengarah pada diagnosa baru atau yang telah dipertimbangkan sebelumnya?
3. Bagaimana membedakan antara dua diagnosa yang mirip?

Salah satu tujuan pengkajian mendalam adalah untuk mengeliminasi satu atau lebih diagnosa potensial yang telah dipertimbangkan. Pengkajian mendukung penentuan diagnosa keperawatan. Diagnosa yang tidak disupport dalam kriteria pengkajian (NANDA-I) seperti definisi, faktor yang berhubungan, atau faktor resiko atau tidak didukung oleh faktor-faktor penyebabnya (penyebab yang mendukung diagnosis) tidaklah tepat untuk pasien tersebut.

TANYAKAN DIRIMU : SAAT MELIHAT INFORMASI PASIEN:

1. Apakah cocok atau konsisten dengan definisi dari kemungkinan diagnosis?
2. Apakah data subjektif dan objektif teridentifikasi dalam definisi karakteristik, faktor resiko dari diagnosis?
3. Apakah sudah termasuk dengan penyebab (faktor yang berhubungan) dengan diagnosis yang berfokus masalah?

Sangat penting untuk membandingkan satu-demi satu berbagai kemungkinan diagnosis dengan berfokus pada definisi karakteristik dan faktor yang berhubungan yang teridentifikasi melalui pengkajian dan riwayat pasien. Bila menemukan dua diagnosa yang mirip, maka tanyakan diri anda :

1. Apakah diagnosis menunjukkan fokus yang sama, ataukah berbeda?
2. Jika diagnosanya menunjukkan fokus yang sama, apakah yang satunya lebih fokus?
3. Apakah satu diagnosa mengarahkan ke diagnosa lainnya yang teridentifikasi? Apakah itu bisa merupakan faktor penyebab dari diagnosa lainnya?

Sangatlah penting untuk berdiskusi dengan kolega anda, seorang ahli untuk opininya sekunder jika belum yakin dengan diagnosis yang tepat.. Apakah diagnosis itu berasal dari eureka moment (diagnosa yang telah sukses). Apakah anda mengetahui pola dalam data pengkajian dan wawancara? Apakah telah dikonfirmasi dengan definisi karakteristik, faktor yang berhubungan atau faktor resiko? Apakah anda mengumpulkan data yang tidak cocok dengan diagnosa? Apakah anda dapat menjustifikasi diagnosa dengan data lain, apakah data tersebut menuntut anda melihat lebih dalam lagi? Pikirkan apa yang anda pikirkan; apakah itu logis, beralasan, dibentuk diatas ilmu pengetahuan keperawatan dan masalah yang didiagnosa? Apakah perlu data lain untuk mengkonfirmasi? Apakah sudah yakin? Apakah yang masih kurang?

Selanjutnya bila semua sudah dilaksanakan, langkah terakhir adalah tentukan diagnosa keperawatann yang mengarahkan kepada intervensi keperawatan untuk pasien anda.

Cara melihat label diagnosa adalah dengan mencocokkan gejala dan tanda yang didapatkan dari pengkajian dengan definisi dan batasan karakteristik yang ada dalam NANDA-I.

Tabel 5. Penentuan Diagnosa Keperawatan berdasarkan NANDA, 2015

Intoleransi aktifitas, Risiko Definisi : beresiko mengalami ketidakcukupan energi fisiologis atau psikologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktivitas sehari-hari yang harus dan ingin dilakukan	Definisi membantu memverifikasi diagnosis
Faktor Risiko Subjektif Riwayat intoleransi sebelumnya tidak berpengalaman terhadap aktifitas Objektif Kelemahana, adanya masalah sirkulasi atau pernapasan	Batasan karakteristik dibagi menjadi subjektif dan objektif
Faktor yang berhubungan	Banyak kemungkinan faktor yang berhubungan pada diagnosis aktual
Saran Penggunaan Bedakan antara intoleran aktifitas, kelelahan, defisit perawatan diri	Klarifikasi dan saran penggunaan diagnosis
Alternatif Diagnosis yang disarankan kelelahan, Risiko, Defisit perawatan diri	Referensi silang untuk alternatif diagnosis

Komponen Diagnosis Keperawatan

Pernyataan diagnosis keperawatan terdiri dari 3 bagian yang disebut format PES. P=problem, E : etiologi, S= Sign and symptom

Problem

Pernyataan masalah atau judul diagnosis yang menjelaskan masalah kesehatan klien. Label Diagnosis menggambarkan status kesehatan klien dengan jelas dan singkat dalam beberapa kata. Masalah mengarahkan pembuatan tujuan umum yang diharapkan serta menunjukkan beberapa intervensi keperawatan. Frase yang ditambahkan pada masalah keperawatan seperti

1. Defisiensi (tidak adekuat dalam jumlah, kualitas, atau derajat, tidak cukup dan tidak lengkap)
2. Kerusakan (memburuk, melemah, rusak, berkurang)
3. Penurunan (berkurang dalam ukuran, jumlah atau derajat)
4. Ketidakefektifan (tidak menghasilkan efek yang diinginkan)
5. Gangguan (rentan terhadap ancaman)

Tipe diagnosis keperawatan terdiri dari dua bagian yaitu 1) deskriptor atau frase diagnosis dan diagnosis fokus atau kunci konsep diagnosis keperawatan. Namun demikian ada beberapa diagnosis yang hanya mengandung satu kata seperti kelelahan (00093), konstipasi (00011), kecemasan (00146). Pada kasus-kasus tersebut frase dan fokusi menjadi satu.

Tabel 6 Bagian dari Diagnosis keperawatan

Modifier/Frasa	Focus diagnosis
Tidak efektif	Bersihkan Jalan napas
Resiko untuk	Kegemukan/obesitas
Kesiapan meningkatkan	Pengetahuan
Kerusakan	Memory
Tidak efektif	Koping

Perawatlah yang mendiagnosa masalah kesehatan, resiko dan kesiapan untuk promosi kesehatan. Diagnosis yang berfokus pada masalah sebaiknya jangan dipandang paling penting daripada diagnosis risiko. Kadang-Kadang diagnosis risiko bisa menjadi diagnosi prioritas dari pasien. Sebagai contoh Seorang pasien yang baru masuk ke ruangan diadiagnosis nyeri kronik (00133), obesitas (00233), risiko kerusakan integritas kulit (00047), dan resiko jatuh (00155). Meskipun nyeri kronik dan obesitas adalah diagnosa aktual, resiko jatuh menjadi diagnosis prioritas khususnya supaya lebih familiar dengan lingkungan baru. Ini sangat benar ketika dikaitkan dengan faktor resiko yang diidentifikasi dalam pengkajian seperti penglihatan kabur, kurangnya keseimbangan, riwayat jatuh dan kecemasan dengan situasi baru.

Etiologi

Komponen etiologi diagnosis keperawatan mengidentifikasi satu atau lebih penyebab masalah keperawatan yang mungkin memberikan petunjuk untuk tindakan keperawatan yang diperlukan. Setiap etiologi membutuhkan tindakan keperawatan yang berbeda. R/t = *related*

to merupakan penghubung antara P dan E, biasanya dalam bahasa Indonesia disebut *berhubungan dengan (b/d)*

Batasan karakteristik (*Sympton and Sign*)

Batasan karakteristik merupakan tanda dan gejala yang menggambarkan tingkah laku pasien, baik yang diobservasi oleh perawat (objektif) maupun yang dikatakan pasien/keluarga (subjektif). Kelompok tanda dan gejala yang menunjukkan adanya masalah/diagnosis keperawatan. Diagnosis aktual biasanya dipertegas dengan tanda dan gejala, sedangkan diagnosis keperawatan risiko tidak ada tanda dan gejala yang menyertainya. Batasan karakteristik bisa dituliskan juga dalam bentuk s = data *Subyektive*, dan O = data *Obyektive*)

Formulasi Diagnosis keperawatan

Label diagnosis keperawatan menurut NANDA (2015-2017) meliputi :

1. Diagnosis berfokus pada masalah (aktual)

Diagnosis berfokus pada masalah, selama ini dikenal dengan label aktual. Diagnosis aktual merupakan ***clinical judgement*** yang menggambarkan respon yang tidak diinginkan klien terhadap kondisi kesehatan/proses kehidupan yang ada pada individu, keluarga, kelompok atau komunitas. Diagnosis komunitas didukung oleh batasan karakteristik kelompok data (manifestasi tanda dan gejala) yang saling berhubungan. Contoh diagnosis aktual diantaranya :

- Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- Gangguan pola tidur
- Kerusakan mobilitas fisik
- Intoleransi aktifitas
- Penurunan cardiac output
- Kelemahan
- Kejang akut
- Gangguan gambaran diri
- Diare
- Konstipasi

Diagnosis ini menggambarkan respon manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang terdapat dalam individu, keluarga atau komunitas. Diagnosis aktual selalu dilengkapi dengan manifestasi, tanda dan gejala sesuai dengan masalah keperawatan. Penentuan diagnosis aktual menunjukkan bahwa data pemeriksaan yang ada sudah cukup untuk menegakkan diagnosis.

Cara penulisan diagnosa actual; terdiri dari komponen P E S

Format P.E.S (*Problem, Etiology, Sympton*), jika anda menggunakan metode ini, anda perlu menambahkan *as manifested by (A.M.B)* yang artinya “ditandai dengan” setelah etiologi dan diikuti *sign* dan *symptom* (tanda dan gejala) dari pasien.

Tabel 7. Contoh penetapan diagnose yang berfokus pada masalah

Problem	r/t	Etiology	A.M. B	Sign and Sympton
<i>Penurunan curah jantung</i>		Gangguan frekuensi dan irama jantung		Aritmia, perubahan pola EKG, palpitasi
Konstipasi		Kurangnya aktifitas yang memadai		S : Perasaan penuh pada rektum, kelelahan umum, nyeri saat defekasi O : teraba masa pada abdomen, feces kering, keras dan padat, darah merah menyertai pengeluaran feces
Diare		Proses infeksi saluran cerna		DS : Nyeri abdomen, kram DO : BAB cair lebih dari 3 kali/sehari, bising usus hiperaktif

2. Dignosis Risiko

Diagnosis risiko merupakan clinical judgement yang menggambarkan kerentanan individu, keluarga, kelompok atau komunitas yang memungkinkan berkembangnya suatu respon yang tidak diinginkan dari klien terhadap kondisi kesehatan/proses kehidupan. Diagnosis ini didukung oleh berbagai faktor risiko yang berkontribusi pada peningkatan kerentanan. Diagnosis ini diawali dengan frase “**RISIKO**”.

Contoh diagnosis risiko meliputi :

- Risiko ketidakseimbangan cairan dan elektrolit
- Risiko ketidakstabilan kadar gula darah
- Risiko konstipasi
- Risiko jatuh
- Risiko injury
- Risiko infeksi
- Risiko perdarahan
- Risiko shyok

Menggambarkan respon manusia terhadap kondisi kesehatan/proses kehidupan yang mungkin menyebabkan individu, keluarga atau komunitas menjadi rentan. Penekanan penting dalam penegakkan diagnosis ini adalah adanya data yang menunjang faktor resiko yang mendukung kerentanan. Data tersebut meliputi faktor fisiologis, psikologis, keturunan, gaya hidup dan lingkungan yang meningkatkan kerentanan klien, atau kecendrungan berkembang ke arah kondisi tersebut.

Diagnosa risiko dimunculkan oleh perawat karena adanya faktor risiko. Dalam NANDA-I tidak dijumpai adanya batasan karakteristik, yang ada hanya factor resiko (risk factors). Format penulisannya diagnosa hanya terdiri dari: **Problem r/t Etiologi**. Etiologi didapatkan dari factor resiko, sedangkan bentuknya bisa berupa satu pernyataan, 3 pernyataan atau etiologinya bisa banyak/ *multiple*.

Contoh

Problem	r/t	Etiology
<i>Risiko Konstipasi</i>		Kurangnya aktifitas fisik/imobilisasi, asupan serat yang tidak adekuat

3. Diagnosis Promosi Kesehatan

Diagnosis promosi kesehatan menggambarkan motivasi dan keinginan untuk meningkatkan kesejahteraan dan untuk mengaktualisasikan potensi kesehatan individu, keluarga, kelompok atau komunitas. Diagnosis promosi kesehatan diawali dengan frase : **“KESIAPAN MENINGKATKAN”**

Contoh diagnosis Keperawatan promosi kesehatan

- Kesiapan meningkatkan komunikasi
- Kesiapan meningkatkan perawatan kesehatan
- Kesiapan meningkatkan pemberian ASI
- Kesiapan meningkatkan nutrisi
- Kesiapan meningkatkan keseimbangan cairan
- Kesiapan meningkatkan kebutuhan tidur

Diagnosis promosi kesehatan ditegaskan pada kondisi penilaian klinis terhadap motivasi individu, keluarga atau komunitas serta adanya keinginan untuk meningkatkan kesejahteraan dan aktualisasi potensi kesehatan manusia sebagai ungkapan kesiapan mereka untuk meningkatkan perilaku kesehatan tertentu seperti nutrisi dan olahraga.

- o Diagnosa promkes dapat dipakai pada semua status kesehatan
- o Setiap label diagnosa promkes dimulai dengan frase : **Kesiapan meningkatkan...** (NANDA, 2012)
- o Kesiapan Keluarga meningkatkan nutrisi

- o Kesiapan meningkatkan pengetahuan
- o Kesiapan meningkatkan Koping
- o Kesiapan untuk meningkatkan status imunisasi anak

Contoh : Diagnosa Kesiapan meningkatkan status imunisasi anak (diagnosa wellness) pada keluarga dengan anak balita aktif diimunisasi

- o Definisi → pola pelaksanaan imunisasi pada individu, keluarga dan komunitas dapat ditingkatkan
- o Batasan → mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan pengetahuan, perilaku tentang imunisasi, meningkatkan status imunisasi anak
- o Tujuan → menjelaskan risiko terkait imunisasi (PD3I)
- o Intervensi → manajemen imunisasi
- o Aktifitas perawat
 - o Pengkajian → data riwayat medis, alergi, pengetahuan imunisasi, jadwal dan KIPPI
 - o Penyuluhan kesehatan

4. Diagnosis Sindrom

Diagnosis sindrom merupakan clinical judgement yang menggambarkan suatu kelompok diagnosis keperawatan yang terjadi bersama mengatasi masalah secara bersama dan melalui beberapa intervensi yang sama. Sindrom nyeri kronik menggambarkan diagnosis nyeri kronik yang mempunyai dampak pada respon klien lain seperti diagnosis gangguan pola tidur, isolasi sosial, kelelahan. Kategori diagnosis sindrom dapat berupa risiko atau masalah.

Contoh diagnosis keperawatan syndrome :

- Sindrom kelemahan lansia
- Sindrom tidak berguna
- Sindrom post trauma
- Sindrom post pemerkosaan
- Sindrom stres relokasi
- Sindrom kekerasan

NANDA-I Taxonomy

Formulasi diagnosis keperawatan menggunakan North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), yang terus diperbaharui oleh kumpulan perawat-perawat ahli. NANDA international taxonomy II (2015-2017) memiliki 13 domain, 47 kelas, 235 diagnosa keperawatan.

Tabel 8. Domain dan Klas NANDA-I Taxonomy

Domain	Klas
Promosi Kesehatan	Kesadaran Kesehatan
	Management Kesehatan
Nutrisi	Ingesti

		Digesti
		Absorpsi
		Metabolisme
		Hidrasi
Eliminasi dan pertukaran		Fungsi urinary
		Fungsi Gastrointestinal
		Fungsi integumen
		Fungsi respirasi
Aktifitas/Istirahat		Tidur/istirahat
		Aktifitas/latihan
		Keseimbangan energi
		Respon kardiovaskular dan pernapasan
		Perawatan diri
Persepsi kognitif dan		Perhatian
		Orientasi
		Sensasi/persepsi
		Kognisi
		Komunikasi
Persepsi diri		Konsep diri
		Kepercayaan diri
		Gambaran diri
Peran hubungan		Peran pemberi perawatan
		Hubungan keluarga
		Penampilan peran
Sexualitas		Identitas seksual
		Fungsi seksual
		Reproduksi
Koping/stress dan toleransi		Respon post traumatik
		Respon coping
		Stress perilaku –saraf
Prinsip Hidup		Nilai
		Kepercayaan
		Nilai/kepercayaan/tindakan yang cocok
Keamanan dan perlindungan		Infeksi
		Injuri fisik
		Kekerasan
		Bahaya lingkungan
		Proses pertahanan
		Termoregulasi
Kenyamanan		Kenyamanan fisik
		Kenyamanan lingkungan
		Kenyamanan sosial
Pertumbuhan dan perkembangan		Pertumbuhan
		Perkembangan

Rujukan :

1. Wilkinson J.M.,Ahern N.R (2009); Diagnosis Keperawatan; EGC, Jakarta
2. Kozier.,Erb, Berman.,Synder (2010); Fundamental Keperawatan, Konsep, proses dan praktek, edisi 7, EGC, Jakarta

BAB V
PERENCANAAN ASUHAN KEPERAWATAN
M.Margaretha Ulemadja Wedho
Ns. Yoani Maria V.B.Aty.,S.Kep.,M.Kep

TUJUAN PEMBELAJARAN:

Setelah diberikan kasus maya mahasiswa mampu merumuskan rencana keperawatan

1. Mahasiswa mampu menetapkan prioritas masalah
2. Mahasiswa mampu menetapkan goal
3. Mahasiswa mampu menetapkan objektif
4. Mahasiswa mampu memilih alternative tindakan keperawatan
5. Mahasiswa mampu mengemukakan alasan ilmiah dari pilihan tindakan keperawatan

1. PENDAHULUAN

Setelah mengidentifikasi diagnosa keperawatan, langkah berikutnya adalah perencanaan keperawatan. Perencanaan keperawatan merupakan langkah ketiga dalam proses keperawatan yang merupakan salah satu kategori perilaku keperawatan. Pada tahap ini perawat menetapkan tujuan dan hasil yang diharapkan bagi klien dan merencanakan intervensi keperawatan. Pilihlah tindakan yang dapat memecahkan dan menyelesaikan masalah klien serta dapat mencapai tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

Perencanaan membutuhkan pemikiran yang kritis dari seorang perawat dan kerjasama antara perawat, pasien dan keluarga, konsultasi dengan tim kesehatan lainnya serta peninjauan pustaka terkait. Suatu perencanaan bersifat dinamis, bisa berubah sesuai dengan kondisi pasien.

2. KONSEP PERENCANAAN

Pengertian

Rencana adalah proses/langkah untuk menentukan apa yang akan dilakukan, siapa yang melaksanakan, kapan dilaksanakan, alat yang dibutuhkan. Menurut Wilkonson (2007) terdapat dua macam perencanaan yang mencakup: pertama, perencanaan awal adalah perencanaan yang dilakukan segera setelah perawat mengumpulkan data pada awal pasien masuk. Pada beberapa kondisi, data yang dikumpulkan pada perencanaan awal ini tidak cukup lengkap tetapi perawat dapat melakukan pengkajian lebih lanjut pada waktu yang

berbeda. Kedua, perencanaan berkelanjutan yang dilakukan bersamaan dengan evaluasi keperawatan. Perencanaan berkelanjutan juga merupakan rencana keperawatan pada setiap awal hari. Pada rencana harian perawat dapat menggunakan data untuk :

1. Menentukan apakah ada perubahan pada status kesehatan pasien
2. Menetapkan prioritas data untuk perawatan pasien selanjutnya
3. Memutuskan problem yang akan diatasi selama perawat bekerja pada shift itu
4. Mengkoordinasi aktifitas perawat sehingga perawat dapat mengatasi lebih dari satu masalah setiap kali perawat melakukan kontak dengan pasien.

Suatu perencanaan dapat diterapkan dengan baik apabila perawat perencana benar-benar memperhatikan kriteria dalam merumuskan perencanaan. Sebuah rencana dapat dikatakan bagus bila ditetapkan prioritas masalahnya, tujuan jangka panjang (goal); tujuan jangka pendek (objektif) atau yang biasa disebut sebagai kriteria evaluasi. Berdasarkan tujuan yang dirumuskan seorang perawat perencana dapat memilih alternative tindakan keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien, sumber daya perawat, sarana prasarana yang tersedia, dan waktu. Rencana tindakan harus tertulis dengan singkat dan jelas dalam bentuk sebuah instruksi kerja.

Prioritas Masalah

Pasien yang dirawat ruang perawatan rumah sakit pada umumnya memiliki lebih dari satu masalah. Pasien biasanya memiliki multi alasan yang menyebabkan mereka dirawat dirumah sakit. Oleh karena itu seorang perawat primer harus pandai menetapkan masalah yang benar-benar menjadi prioritas dalam penanganannya. Dalam keperawatan terdapat tiga (3) prioritas masalah yang disebut sebagai prioritas tinggi atau prioritas pertama; prioritas menengah atau prioritas kedua, dan prioritas rendah atau prioritas ketiga.

Prioritas I atau prioritas tinggi adalah masalah yang mengancam kehidupan seperti pernapasan, masalah yang berhubungan dengan gangguan fungsi jantung dan paru. Contohnya masalah tidak efektifnya pembersihan jalan napas, menurunnya cardiac output. Masalah-masalah tersebut bila tidak segera ditangani dapat menimbulkan kematian. Seorang pasien yang mengalami henti napas dalam jangka 4 menit dampaknya adalah kematian jaringan otak. Demikian pula dengan masalah cardiac out put yang menurun pada kasus-kasu Akut Myocard Infark dapat menjadi fatal bila tidak segera ditangani.

Prioritas II atau prioritas menengah merupakan masalah yang *mengancam kesehatan*. Masalah–masalah yang menjadi prioritas menengah adalah masalah yang berkaitan dengan penyakit yang akut dan menurunnya kemampuan coping. Dampak dari masalah tersebut adalah terhambatnya perkembangan atau menyebabkan kerusakan fisik atau perubahan emosi. Contohnya gangguan rasa nyaman: Nyeri akut pada abdomen. Masalah nyeri tersebut dapat menyebabkan menurunnya kemampuan untuk coping.

Prioritas III atau prioritas rendah adalah masalah yang timbul dari kebutuhan pertumbuhan normal individu dan keluarga atau yang hanya memerlukan sedikit bantuan. Seperti kurang dari kebutuhan tubuh. Contohnya masalah perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh merupakan masalah yang berkaitan dengan pertumbuhan seorang individu. Dampaknya terjadi dalam jangka yang lama sehingga mendapat prioritas rendah.

Dengan demikian seorang perawat pprimer atau ketua tim saat merancang perencanaan untuk pasien perlu memperhatikan masalah yang menjadi prioritas.

Contoh kasus seorang pasien laki-laki 32 tahun diantar ke ruangan ICU (Intensif Care Unit) dengan diagnose medic Septik. Kejadian Septik berasal dari luka pada betis kanan bernanah, merah bengkak dan panas. Pasien tidak bisa berjalan karena luka tersebut. Saat tiba di ruangan ICU pasien masih sadar, bisa berpindah dari kursi ke tempat tidur. Kondisi tersebut yang menyebabkan perawat dan dokter tidak memperhatikan pernapasan pasien tetapi lebih memperhatikan pemasukan cairan dan bicarbonate. Akibatnya dalam jangka 45 menit pasien mengalami perubahan pola napas, akibat metabolic asidosis. Dan akhirnya pasien tidak tertolong.

Dari gambaran kasus tersebut dapat disimpulkan bahwa prioritas masalah menjadi sangat penting diperhatikan ketika merancang suatu rencana perawatan

TUJUAN UMUM

Tujuan umum (goal atau sasaran) adalah capaian hasil yang diinginkan atau perubahan perilaku yang diinginkan dari pasien, yang masih bersifat abstrak dan dicapai dalam jangka panjang misalnya selama dalam perawatan. Goal menggambarkan reaksi pasien yang dapat diobservasi perawat selama dalam perawatan

Sasaran yang dirumuskan harus memenuhi karakteristik sebagai berikut: 1) bergantung pada masalah keperawatan yang disebut komponen problem; 2) menggambarkan perbaikan, pertahanan dan peningkatan kesehatan (contohnya pasien akan meningkatkan pemasukan nutrisi). Dalam perumusan goal subyeknya selalu pasien, dan arena goal bersifat abstrak dan dicapai dalam jangka panjang maka kata penyambung yang digunakan disini adalah AKAN dan kata kunci berikutnya adalah kata kerja intransitive seperti mempertahankan, meningkatkan, menurunkan, dan memperbaiki.

Tujuan jangka panjang ditetapkan selama perawatan karena menyelesaikan masalah. Dengan demikian apabila perawat akan merumuskan goal, maka perlu meninjau kembali masalah yang sudah dirumuskan dalam diagnosa keperawatan untuk mempermudah menemukan kata kunci yang tepat.

Contoh perumusan Goal:

1. Gangguan pola tidur b/d nyeri pada kaki.
Goalnya : Klien akan mempertahankan pola tidur yang normal.
2. Kurang pengetahuan keluarga tentang imunisasi
Goalnya : Keluarga akan meningkatkan pengetahuannya tentang imunisasi.
3. Kurang perawatan diri
Goalnya : klien akan meningkatkan perawatan diri
4. Tidak efektifnya pembersihan jalan napas
Goalnya : klien akan mempertahankan pembersihan jalan napas yang efektif.

Tujuan dirumuskannya goal adalah: a) memberikan arah bagi perawat untuk merumuskan intervensi keperawatan yang ditujukan untuk meningkatkan perubahan – perubahan yang diharapkan dari pasien; b) memberikan arah untuk menilai kriteria evaluasi untuk mengukur apakah intervensi kita efektif atau tidak. Dalam merumuskan goal seorang perawat perlu meninjau kembali bunyi diagnosa keperawatannya karena ada hubungan yang sangat erat. Goal berasal dari kalimat / klausa pertama dari diagnose keperawatan. Contohnya: Kurang mampu merawat diri; tidak efektifnya bersihan jalan napas, dan nyeri akut. Maka goalnya adalah pasien akan meningkatkan kemampuan merawat diri; pasien akan meningkatkan

keefektifan bersihan jalan napas dan pasien akan menunjukkan bebas dari nyeri. Semua goal tersebut dirumuskan berdasarkan pada klausa pertama dari diagnose keperawatan.

Tujuan jangka panjang yang dirumuskan harus berbeda dari tujuan jangka pendek atau kriteia hasil. Contohnya: tujuan jangka panjang: pasien akan menggunakan kembali lengan kanan pada 6 bulan mendatang. Maka tujuan jangka pendeknya adalah pasien dapat mengangkat lengan setinggi bahu dalam 2 hari. Disini ada perbedaan waktu dan kata penghubung yang digunakan. Pada tujuan jangka panjang masih bersifat abstrak menggunakan kata akan, sedangkan pada tujuan jangka pendek menggunakan kata dapat karena diharapkan demikian. Tujuan jangka panjang sangat tepat untuk pasien – pasien di rumah, perawatan yang lama di RS, pusat rehabilitasi, nursing house untuk penyakit kronik seperti asrama, hipertensi, dan diabetes. Tujuan jangka pendek sangat tepat dirumuskan bagi pasien yang bertemu dalam waktu singkat seperti di poliklinik, pasien frustrasi, pasien yang gizi jelek, keadaan – keadaan akut.

TUJUAN KHUSUS ATAU OBJEKTIF

Kriteria yang perlu diperhatikan saat merumuskan tujuan khusus adalah yang disebut SMART. Tujuan khusus yang dirumuskan harus bersifat khusus (SPECIFIC) dan konkrit untuk permasalahan pasien yang dihadapi. Tujuan atau kriteria evaluasi yang dirumuskan harus dapat diukur (MEASURABLE). Rumusan tujuan yang baik juga harus dapat dicapai (ATTAINABLE) sesuai dengan kondisi yang ada dan tersedia. Sehingga selain dapat dicapai juga harus berdasarkan kenyataan (RATIONAL) dan juga ditetapkan batas waktu pencapaiannya (TIMEABLE). Dengan demikian bila kelima kriteria ini dipenuhi maka rumusan objektif dapat merinci pernyataan goal menjadi lebih khusus atau menjadi standar model untuk membuat keputusan. Dengan demikian Objektif sebenarnya diturunkan dari goal dan berhubungan dengan goal. Obyektif menyelesaikan etiologi, oleh karena itu, pada saat merumuskan obyektif anda harus meninjau kembali etiologi dan data pendukungnya untuk mempermudah anda menemukan kata kunci.

Objektif yang dirumuskan harus memberi arah untuk intervensi keperawatan; memiliki jangka waktu untuk merencanakan tindakan keperawatan; dapat bertindak sebagai kriteria untuk evaluasi kemajuan pada pencapaian goal; dan memungkinkan pasien menentukan kapan masalah diatasi.

Contoh :

1. Potensial kerusakan integritas kulit b/d bedrest.

Goal : Klien akan mempertahankan integritas kulit.

Objektif : Klien dapat melakukan mobilisasi, miring kiri – kanan dengan benar dan menggunakan bantal untuk mencegah penekanan pada daerah yang menonjol dalam waktu 2 hari, kulit klien tidak iritasi, merah.

2. Ketidak seimbangan cairan dan elektrolit b/d masukan cairan yang kurang

Goal : Klien akan mempertahankan status hidrasi.

Objektif : Klien akan minum air 1500 cc/hari atau 6 – 8 gelas. Turgor kulit normal, jumlah cairan yang masuk dan keluar seimbang, mukosa membran lembab dalam jangka 24 jam.

Komponen-komponen yang harus ada saat seorang perawat merumuskan tujuan khusus atau objektif :

- a. Harus ada subjek (pasien) atau bagian – bagian pasien seperti nadi; napas, kulit, dll.
- b. Kerangka kerja menggambarkan kegiatan yang ditampilkan oleh pasien (yang dialami, dipelajari pasien).
- c. Kondisi: ditambah pada kata kerja hingga kondisi klien dapat ditampilkan/ dapat dijelaskan bagaimana, apa dan dimana.
- d. Kriteria penampilan yang diinginkan: menunjukkan standart penampilan yang diukur/dinilai atau tingkat dimana pasien menunjukkan perilaku khusus.
- e. Komponen yang dirumuskan menunjukkan waktu, jarak, kualitas, keakuratan.

Contoh :

1. Goal untuk pasien kurang cairan tubuh adalah pasien akan mempertahankan keseimbangan cairan tubuh. Maka objektifnya adalah pasien dapat minum 2500 cc setiap hari. Pasien disini adalah subyek. Tanda –tanda vital dalam batas normal: T: 120/80 mmHg; N: 80 x/menit; Pernapasan: 12 x/menit dan Suhu: 36⁰ C (Data tersebut merupakan bagian-bagian dari pasien)
2. Pada diagnose yang sama bisa dikaji turgor kulit elastis maka ini merupakan kondisi pasien yang ditampilkan, atau bibir lembab tidak kering lagi, mata tidak cekung dalam jangka 2-4 jam.
3. Pada kriteria penampilan: contoh diagnose perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan:goalnya: pasien akan meningkatkan pemasukan nutrisi maka objektifnya pasien dapat menghabiskan porsi yang disediakan dalam jangka 1 x 24 jam

PETUNJUK PENULISAN OBYEKTIF :

1. Tulislah dengan kata–kata perilaku pasien yang pertama: karena fokus pada apa yang sudah/akan dilakukan pasien untuk mencapai objektif. Objektif berpusat pada apa yang dilakukan pasien. Contoh goal untuk pasien post operasi: Pasien akan mempertahankan jalan napas yang bersih dan terbuka. Objektifnya: suara napas pasien normal, tidak ada wheezing, tak ada rales, kecepatan napas normal 12x/menit, tak ada dispnea, sianosis.
2. Hindari pernyataan yang dimulai dengan mempermudah, memungkinkan, mengijinkan, membiarkan yang diikuti dengan kata pasien. Karena itu harapan perawat bukan pasien. Contohnya pernyataan “membantu pasien bernapas dalam dan batuk setiap 2 jam” adalah kegiatan perawat, buka mengganti perilaku pasien.
3. Harus yakin bahwa pernyataan goal cocok untuk diagnosa keperawatan.
4. Yakin bahwa objektif harus SMART.
5. Yakinkan bahwa tiap goal berasal dari satu diagnosa.
6. Pastikan bahwa pasien mempertimbangkan goal itu penting dan bernilai untuknya.
7. Jamin bahwa goal atau hasil yang diharapkan harus sesuai dengan pekerjaan atau terapi dari profesi lain.

ALTERNATIF TINDAKAN KEPERAWATAN

Ada banyak rujukan yang menuliskan tentang alternative tindakan keperawatan yang bisa digunakan perawat saat merencanakan rencana intervensi bagi pasien. Rencana tindakan yang dianjurkan untuk satu diagnose bisa mencapai 10-15 aktifitas. Perawat perencana perlu memilih tindakan yang tepat untuk pasien sesuai dengan kondisi pasien, peralatan yang tersedia, dan lainnya.

Dari tindakan yang banyak tersebut maka perawat hanya akan memilih satu atau 2 tindakan untuk pasien. Berikut strategi memilih tindakan keperawatan yang ditawarkan agar pilihan perawat tepat untuk pasien. Kriteria-kriteria dibawah ini dapat membantu perawat memilih strategi keperawatan yang terbaik.

Strategi memilih tindakan keperawatan meliputi:

- a. Harus aman dan cocok sesuai dengan usia dan kesehatan pasien. Contoh: anak kecil tidak bisa diperintah untuk miring kiri atau kanan.
- b. Rencana tindakan yang direncanakan harus dapat dicapai dengan sumber yang tersedia. Contoh: rencanakan pasien yang berasal dari Jawa untuk makan pagi : tahu, tempe; bukan jagung boso seperti pada orang Timor. .
- c. Rencana tindakan harus sesuai dengan nilai – nilai dan keyakinan pasien. Jangan buat rencana bagi pasien yang beragama Hindu untuk makan daging sapi.
- d. Rencana tindakan harus sama dengan terapi tim kesehatan lain. Contoh: pasien Diabetes hanya boleh makan 1 potong roti / 1 buah pisang. Perawat harus memiliki pengetahuan tentang diet diabetes karena yang tertulis dalam catatan medic hanya jumlah kalori per 24 jam tanpa menampilkan daftar menu.
- e. Rencana tindakan harus berdasarkan pada pengetahuan dan pengalaman atau pengetahuan dari ilmu – ilmu yang relevan. Contoh: rencana tindakan untuk pasien sakit ginjal: perawat anjurkan minum aqua karena air di Kupang mengandung banyak kapur.

Contoh 1. alternatif tindakan keperawatan (bisa dipilih salah satu)

Gangguan pola tidur b/d meningkatnya kecemasan.

Goal : Klien akan mempertahankan pola tidur yang normal.

Obyektif : Klien bisa tidur 6 – 8 jam / hari.

Alternatif tindakan :

- Beri susu hangat dan snack sore hari.
- Beri lebih banyak kegiatan siang hari daripada malam hari.
- Dorong pasien untuk lakukan kegiatan 2 jam sebelum tidur.
- Kaji diet makanan yang merangsang seperti kopi menyebabkan orang tidak bisa tidur.

Contoh 2: Resiko tinggi kerusakan integritas kulit b/d imobility.

Alternatif tindakan :

- Miringkan pasien tiap 30 menit (gawat)
- Melapisi area yang tertekan
- Gunakan bantalan angin / matras.

Rasional : karena penekanan yang terus menerus pada daerah bertulang / menonjol menekan jaringan yang menghambat aliran darah dari dan ke daerah tersebut sehingga terjadi kerusakan kulit.

Kedua contoh tersebut memberi gambaran yang jelas bagi perawat untuk memilih tindakan yang sesuai dengan kondisi pasien, ketersediaan sarana, keyakinan pasien, dan tim kesehatan lainnya.

Dalam merumuskan perencanaan juga diberikan beberapa petunjuk dalam memilih rencana tindakan.

Perawat perlu melibatkan pasien karena merekalah yang akan melaksanakannya. Contohnya: pasien arthritis yang ngilu pada tangan. Perawat sebelum merencanakan membantu pasien dalam memberikan makanan terlebih dahulu menanyakan kepada pasien apakah mau dibantu atau bisa sendiri. Karena pasien bisa/mau makan sendiri walau perawat bisa bantu asal dikompres dulu. Rencana tindakan harus realistic, contohnya seorang perawat merencanakan agar pasien decubitus dapat menggunakan kasur angin untuk mencegah penekanan area yang dependen, sedangkan RS tidak menyediakan fasilitas tersebut. Dalam membuat rencana tindakan perawat perlu mengkonsultasikan dahulu dengan tim kesehatan lainnya. contohnya perawat merencanakan untuk melakukan napas dalam, batuk efektif dan fisioterapy dada pada pasien stroke hari kedua karena banyaknya lendir dan sulit dibatukkan. Tindakan ini

perlu mendapat persetujuan dari dokter. Tindakan yang direncanakan juga harus disesuaikan dengan latar belakang pasien, contohnya pasien Hindu tidak makan daging sapi, maka perawat bisa mengusulkan ke bagian dapur diet untuk menggantikan sumber protein dari makanan lain. Pada saat menuliskan rencana maka tulisannya harus jelas, singkat, dan menggunakan SELALU KALIMAT PERINTAH. Contohnya: Tingkatkan aktifitas pasien dengan berjalan di lorong selama 10 menit; atau Cek nadi radial dan apical pasien 2 kali sehari, saat bangun tidur dan saat tidur. Atau ganti posisi pasien miring kiri dan kanan setiap 2 jam sehari. Disini tampak sangat jelas kalimat yang tertulis adalah kalimat perintah, jelas perintahnya, ada batas waktunya, dan tegas.

MENULIS RENCANA PERAWATAN

Semua rencana perawatan harus tertulis. Perawat tidak bisa melakukan tindakan keperawatan tanpa senurh rencana yang tertulis. Penulisan rencana perawatan menunjukkan perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat. Tindakan tersebut melindungi perawat dari kesalahan dan bila suatu saat berurusan dengan hukum maka perawat memiliki bukti berupa catatan perawatan. Dengan demikian semua yang direncanakan harus tercatat dan ditandatangani.

Tujuan penulisan rencana perawatan adalah;

- a. Memberi arah perawatan yang bersifat individual.
- b. Memberi asuhan yang terus menerus karena rencana yang tertulis berarti ada arahan yang akan dikomunikasikan walau terjadi pergantian dinas.
- c. Memberi arah tentang apa yang perlu didokumentasikan pada catatan perkembangan.
- d. Bermanfaat sebagai petunjuk untuk menugaskan staf untuk merawat pasien, mempertahankan dan memulihkan kesehatan.

PETUNJUK MEMILIH NURSING ORDERS

Carnevali (1983) mengatakan bahwa nursing orders atau pesanan keperawatan lebih baik dari pada istilah pendekatan, kegiatan – kegiatan, tindakan – tindakan dan intervensi – intervensi karena Nursing Orders konotasi dengan tanggung gugat untuk perawat yang memberikan pesanan dan untuk perawat yang melakukan pesanan tersebut. Tingkat detailnya pesanan keperawatan tergantung pada degree/ijazah yang dimiliki petugas kesehatan yang akan melakukan perintah. Namun dianjurkan untuk menulis perintah yang tepat. Nursing orders sangat baik untuk perawat yang memberi perintah maupun yang melaksanakan perintah.

Nursing orders harus mencakup 5 komponen penting (Carnevali, 1983 dalam Kozier, et al, 1995) :

1. Tulis tanggal saat menulis pesanan.
2. Kata kerja yang tepat untuk memulai perintah.

Contoh :

Takut berhubungan dengan kateterisasi jantung, kemungkinan operasi jantung dan hasilnya.

Goal : Klien akan meningkatkan kenyamanan emosional.

Objektif : Klien dapat mengungkapkan perasaannya, mengkomunikasikan secara jelas apa yang dirasakannya, memperlihatkan ekspresi wajah, postur tubuh terkontrol.

Nursing Orders atau rencana tindakan:

- Ciptakan hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga.
- Dorong pasien dan keluarga untuk mengungkapkan kekuatirannya.
- Diskusikan tentang kateterisasi jantung, proses dan apa yang diharapkan dari pasien sebelum dan sesudah prosedur.
- Dorong pasien untuk berbincang – bincang dengan pasien lain yang pernah dioperais / mengalami prosedur ini.

3. Tuliskan dimana dan apa pesanannya

Contoh : Mengganti balutan di kaki kanan, gosok punggung klien khususnya area yang menonjol. Contoh lain, “memasang balutan spiral di kaki kiri”.

4. Tulis waktu

Waktu menjawab kapan, bagaimana, berapa sering tindakan keperawatan dilakukan.

Contoh : membantu pasien ganti posisi setiap 2 jam antara jam 07.00 – 21.00 WITA.

5. Bubuhkan tandatangan perawat yang beri perintah.

Tanda tangan perawat menunjukkan pesanan perawat dapat dipertanggung gugatkan dan mempunyai makna legal.

PETUNJUK NURSING CARE PLAN BAGI MAHASISWA (KHUSUS MAHASISWA HARUS DITULISKAN JUGA ALASAN ILMIAHNYA)

1. Tulis tanggal dan tanda tangan.
2. Tulis instruksi perawatan untuk tiap tujuan, goal dalam urutan prioritas.
3. Gunakan simbol medik yang terstandart dengan kata – kata kunci. (BP, RR)
4. Rujuk ke buku – buku prosedur.

5. Yakinkan renpra anda menggabungkan aspek pencegahan, mempertahankan dan memulihkan.
6. Masukkan tindakan kolaborasi dan koordinasi dalam perencanaan.
7. Rencanakan tindakan proses pulang.

DISCHARGE PLANNING (PERENCANAAN PULANG)

Perencanaan pulang adalah proses menyiapkan pasien sebelum meninggalkan tempat dimana pasien tersebut dirawat. Proses ini melibatkan pasien sendiri yang akan melakukan perawatan diri atau melibatkan *caregiver*. Sangat penting bagi perawat untuk melakukan *discharge planning* pada saat pasien baru masuk dan diteruskan sampai dengan pasien pulang. Hasil penelitian Naylor, (1990); Schenider et al 1993 cit Wilkonson, (2007) didapatkan bahwa *discharge planning* bisa menurunkan komplikasi dan frekuensi pasien dirawat ulang kembali (Nurjanah, 2010).

FAKTOR YANG PERLU DIPERTIMBANGKAN DALAM MENYELEKSI PILIHAN NOC

Secara umum NOC (nursing out come) mengacu problem yang ada sedangkan NIC mengacu yang dipilih mengacu pada etiologi. Faktor yang dipertimbangkan dalam menyeleksi NOC :

1. Tipe dari kondisi kesehatan

- 1) Kondisi masalah kesehatan menyebabkan perawat perlu melakukan rujukan pada tenaga profesi lain. Nursing outcome diidentifikasi bersama tim, misalnya masalah terkait spiritual dapat dirujuk ke penasehat spiritual
- 2) Masalah interdisiplin yang menyebabkan perawat perlu melakukan kolaborasi dengan penyedia pelayanan kesehatan lain. Jika pasien mengalami masalah ini nursing out come diidentifikasi oleh perawat dan tim kesehatan lainnya. Contoh perawat dan ahli gizi menetapkan outcome dicapai yakni instruksi diet yang harus dijalani oleh pasien.
- 3) Diagnosa keperawatan
Jika pasien mengalami masalah keperawatan, maka perawat bertanggung jawab sepenuhnya terhadap penentuan outcome yang harus dicapai oleh pasien.

2. Diagnosa atau masalah kesehatan dengan batasan karakteristik dan faktor yang berhubungan atau faktor resiko

Pada saat memilih outcome yang tepat bagi pasien, perawat perlu mempertimbangkan definisi dari diagnosa keperawatan, batasan karakteristik dan related factor atau risk factor.

Contoh :

Intoleransi aktivitas

- 1) Defenisi: ketidakcukupan energi fisik atau psikologi untuk bertahan atau menyelesaikan aktivitas harian yang diinginkan atau diperlukan.

NOC :

Terkait dengan ketidakcukupan energi fisiologi: toleransi aktivitas, ketahanan

Terkait dengan ketidakcukupan energi psikologi :energi psikomotor

NOC terkait apabila pasien dapat melakukan aktivitas hidup sehari-hari dan aktivitas perawatan diri lainnya.

- 2) Batasan karakteristik

Tanda-tanda vital, pompa jantung efektif, status respirasi (ventilasi). NOC ini merupakan outcome berkelanjutan yang harus ditingkatkan agar pasien dapat meningkatkan toleransi aktivitasnya.

- 3) Related factor

Imobilisasi, ketidakseimbangan oksigen

Pilihan NOC :

Mobilisasi, status respirasi :ventilasi dan pertukaran gas

3. Karakteristik pasien

Karakteristik mempengaruhi pemilihan Outcome, meliputi :

- 1) Karakteristik personal

Faktor demografi : usia, gender, etnik, pendidikan, contoh : child development outcome, spesifik untuk anak. Maternal status : stabilisasi postpartum dan menyusui, NOC yang cocok untuk wanita post partum

2) Keparahan penyakit

Kondisi keparahan penyakit sangat mempengaruhi penetapan outcome, contoh pasien quadriplegi, NOC yang tepat adalah transfer performance, bukan ambulasi.

3) Tersedianya sumber daya untuk pasien

Ketersediaan sumber daya mempengaruhi penyembuhan dan outcome pasien. Sumber daya tersebut meliputi : keuangan, sosial, keluarga, sumber daya kesehatan, contoh : caregiver performance : direct care mungkin menjadi outcome yang penting jika dukungan sosial yang dimiliki pasien tidak ada atau jika caregiver perlu banyak mempelajari banyak prosedur atau aktivitas sehingga mampu memberikan perawatan di rumah.

4. Apa yang lebih disukai pasien

Pemilihan NOC memerlukan keterlibatan pasien dan keluarga. Hal ini akan memberikan kesempatan bagi klien untuk dapat mengetahui tujuan yang paling disukai klien, ini akan membantu proses pengambilan keputusan. Kondisi ini kadang tidak dipraktikkan karena keadaan yang tidak memungkinkan untuk melibatkan pasien dalam perawatan. Contoh : jika pasien sudah menganggap dirinya sehat, mungkin akan menolak NOC yang ditawarkan : Kemampuan fisik.

5. Potensial penanganan

Dua hal perlu dipertimbangkan dalam memilih outcome adalah Ketersediaan intervensi dan potensial intervensi. Contoh diagnosa total urinary incontinence secondary urinary continence, perawat memilih NOC yang tepat adalah infection severity atau tissue integrity: skin and mucous membran.

Aplikasi penggunaan NOC

1. Cara mengidentifikasi NOC yang dipilih

Cara yang digunakan dalam mengidentifikasi NOC adalah melihat domain keperawatan dan melakukan review NOC.

2. Daftar NOC yang disarankan untuk masing-masing diagnosa keperawatan

Setiap diagnosa keperawatan memiliki karakteristik tersendiri dan juga kemungkinan NOC yang spesifik.

DAFTAR PUSTAKA

Arif Mutagin. 2010,. *Pengkajian Keperawatan Aplikasi Pada Praktikum Klinik*. Jakarta : Salemba Medika

Aziz Alimul H. 2006. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia . Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika

Janice L. Willms dan Henry Schneiderman, 2005. *Buku Saku diagnosis Fisik*. Jakarta : EGC

Yulia Suparmi,dkk. 2008. *Panduan Praktek Keperawatan, Kebutuhan Dasar Manusia*. Yogyakarta : Citra Aji Parama

Potter.Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan.Konsep, Proses dan Praktik*.Edisi 4 Jakarta : EGC

BAB VI
IMPLEMENTASI KEPERAWATAN
M.Margaretha Ulemadja Wedho

TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah diberi kasus maya mahasiswa mampu menerapkan tindakan keperawatan pada kasus maya

Tujuan Khusus:

1. Mahasiswa mampu menyebutkan jenis-jenis tindakan keperawatan
2. Mahasiswa mampu mendiskusikan proses implementasi keperawatan

1. Pendahuluan

Pelaksanaan merupakan tahap keempat setelah perencanaan perawatan dirumuskan. Dalam perencanaan ini akan didiskusikan tentang jenis tindakan keperawatan yang diberikan, proses pelaksanaan tindakan keperawatan. Tidak banyak teori yang dibahas disini karena focus dari tindakan keperawatan adalah ketrampilan motorik.

2. Pengertian

Implementasi disebut juga intervensi adalah melaksanakan/melakukan rencana tindakan keperawatan atau strategi – strategi keperawatan. Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mencapai hasil yang diinginkan dari goal yang telah ditetapkan untuk pasien. Menurut Marriner (1983 in Kozier et al, 1995), implementasi termasuk melakukan instruksi/pesanan keperawatan dan instruksi–instruksi dokter. Dalam konteks proses keperawatan, Bulechek dan McGloskey (1985), menjelaskan implementasi atau intervensi keperawatan merupakan “tindakan otonomi” berdasarkan rasional/alasan ilmiah yang dilakukan untuk kepentingan pasien dengan cara yang dianggap berkaitan dengan diagnosa keperawatan dan pernyataan goal. Berdasarkan pengertian ini maka intervensi keperawatan tidak termasuk strategi–stretegi yang berasal dari instruksi dokter.

Intervensi keperawatan menurut Dochterman & Bulechek ()2008 adalah semua terapi yang didasarkan pada penilaian klinik dan pengetahuan perawat untuk mencapai hasil pasien.

Intervensi keperawatan menggunakan istilah tindakan keperawatan, aktifitas, measure, dan strategi.

3. Jenis tindakan Keperawatan

Ada 3 jenis tindakan keperawatan yang meliputi tindakan Independent; Dependent; dan Interdependent (kolaboratif)

Tindakan Dependent adalah tindakan berdasarkan instruksi dokter atau dibawah pengawasan tenaga kesehatan lain. Tindakan dependent biasanya berkaitan langsung dengan penyakit pasien. Misalnya: Beri obat diuretik: lasix 3 x 500 mgr tiap 8 jam. Tindakan keperawatannya seperti ukur balance cairan, ukur tanda – tanda vital pasien.

Tindakan kolaborasi atau interdependent adalah aktifitas yang dilakukan oleh perawat dalam kaitan dengan profesi tim kesehatan lainnya. Contohnya dokter bedah mengirimkan pasiennya yang akan dioperasi ke ruang perawatan untuk persiapan preoperasi. Yang dimaksud persiapan operasi disini adalah persiapan kondisi pasien seperti persiapan kulit, persiapan usus, persiapan nutrisi, dan persiapan administrasi. Pasien yang akan dioperasi perlu diperiksa laboratorium tertentu seperti haemoglobinnya, gula darah, dan pemeriksaan lainnya sesuai permintaan dokter bedah. Pasien juga perlu dipersiapkan nutrisinya seperti puasa, persiapan kulit seperti mandi betadin dan pencukuran, melakukan lavamen pada operasi besar pada saluran pencernaan. Dengan demikian seorang dokter bedah perlu kolaborasi dengan perawat bedah untuk mempersiapkan pasiennya.

Tindakan Independent adalah tindakan mandiri perawat tanpa campur tangan tenaga kesehatan lainnya, contohnya tindakan – tindakan yang berkaitan dengan aktifitas harian pasien, mobilisasi, dan pendidikan kesehatan. perawat tidak perlu menunggu dokter untuk memandikan pasien, atau membantu pasien melakukan perawatan diri seperti mandi, gunting kuku, cuci rambut, gosok gigi dan lainnya. Tindakan tersebut merupakan area praktek keperawatan. Perawat juga tidak perlu minta nasihat dokter untuk menangani pasien yang tidak mau makan atau mengukur balans cairan pasien.

4. Proses implementasi atau pelaksanaan:

Perawat pelaksana bertugas untuk melakukan tindakan keperawatan setelah pesanan keperawatan ditulis oleh perawat primer atau perawat penanggung jawab. Ada 5 tahap proses pelaksanaan tindakan yang mencakup:

1. Mengkaji kembali klien (dilakukan sepanjang proses perawatan).
2. Memvalidasi renpra (rencana perawatan).
3. Menentukan kebutuhan untuk beri bantuan keperawatan.
4. Melaksanakan strategi keperawatan.
5. Mengkomunikasikan tindakan keperawatan.

Ad.1. Mengkaji kembali klien

Berfokus pada respon klien yang unik / spesifik. Mengkaji kembali adalah melihat apa masih cocok atau tidak dengan pengkajian awal atau strategi. Contoh Klien koma, tidak sadar pada pagi hari, sore hari sudah jalan–jalan. Maka harus dikaji kembali pada sore harinya. Jangan pernah menganggap bahwa *Nursing strategi* yang telah dibuat harus dilaksanakan. Kondisi pasien cepat mengalami perubahan karena itulah filsafah dari keperawatan yaitu memandirikan pasien.

Ad. 2. Memvalidasi renpra

Pada tahap ini perawat membandingkan data-data dasar dengan data yang baru dikumpulkan agar bisa menentukan renpra itu masih valid atau tidak. Jika tidak berubah maka lanjutkan proses implementasi. Tindakan ini menggambarkan bahwa proses keperawatan tidak kaku. Oleh karenanya setiap saat perawat harus melakukan validasi.

Ad. 3. Menentukan kebutuhan untuk beri bantuan

Dalam menerapkan tindakan keperawatan perawat perlu mengidentifikasi kondisi pasien sebelum bertindak. Karena seorang perawat yang semampai dan kecil tidak bisa memindahkan pasien dengan berat 90 kg seorang diri, Untuk itu perawat perlu menentukan kebutuhan bantuan dari orang lain. Ini dilakukan jika strategi keperawatan butuh bantuan orang lain. Contoh : Miringkan pasien yang gendut (100 kg), sedangkan ada instruksi miringkan klien tiap 2 jam, maka perawat perlu bantuan orang lain.

Ad. 4. Melaksanakan strategi keperawatan.

Disini ada 4 area utama dalam melakukan tindakan keperawatan yang telah dirumuskan sejak dalam perencanaan perawatan yaitu:

- a. Tindakan yang meningkatkan kesehatan

- b. Tindakan yang mempertahankan kesehatan.
- c. Tindakan yang memulihkan kesehatan
- d. Tindakan yang merawat orang yang telah mati.

Pertimbangan penting pada penerapan strategi keperawatan :

1. Tindakan yang diberikan bersifat individual karena klien adalah seorang individu.
Contoh :Pasien di rumah biasa minum obat oral setelah makan daripada sebelum makan. Maka perawat menjelaskan bahwa obat setelah makan kurang bereaksi.
2. Libatkan pasien dalam penerapannya.
3. Dalam melakukan tindakan keperawatan harus sterilisasi (cegah komplikasi).
4. Memelihara pertahanan tubuh pasien (menghindari lecet, luka).
5. Tindakan harus memelihara kenyamanan klien.
6. Tindakan harus akurat dan hati – hati.

Ad. 5. Komunikasikan tindakan keperawatan baik secara verbal maupun nonverbal dengan cara tertulis. Komunikasi verbal terjadi saat pergantian dinas. Perawat kepala jaga melaporkan semua tindakan yang tertulis kepada perawat jaga shift berikutnya. Selain secara verbal perawat yang menggantikan dinas bisa membaca detainya dalam catatan perawatan

EVALUASI KEPERAWATAN

Yoani Maria V.B.Aty.,S.Kep.,M.kep

TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah diberi kasus maya mahasiswa mampu melakukan evaluasi keperawatan pada kasus maya

Tujuan Khusus:

1. Mahasiswa mampu mengidentifikasi tahapan dalam melakukan evaluasi kemajuan pasien
2. Mahasiswa dapat mendiskusikan evaluasi tindakan keperawatan
3. Mahasiswa dapat mendiskusikan catatan perkembangan pasien

1. Defenisi

Evaluasi adalah proses yang sengaja dan sistematis untuk menilai kualitas, nilai, kelayakan suatu asuhans keperawatan. Evaluasi merupakan langkah akhir dari proses keperawatan tetapi bukan merupakan akhir dari proses karena informasi yang diperoleh saat evaluasi digunakan untuk memulai siklus baru.

Dalam proses keperawatan evaluasi merupakan aktivitas yang direncanakan, terus-menerus, dilakukan secara sengaja dan keluarga, klien dan petugas kesehatan menentukan:

- Kemajuan klien terhadap outcome yang dicapai
- Kefektifan rencana keperawatan

Evaluasi dimulai dan pengkajian dasar dan dilanjutkan selama setiap kontak antara perawat dan klien.Frekuensi evalusai tergantung pada frekuensi kontak perawat dengan keadaan yang dialami klien atau kondisi yang dievaluasi.

Contoh pada saat klien baru datang dari ruang bedah maka dievaluasi setiap 15 menit, hari berikutnya dievaluasi setiap 4 jam dan seterusnya.

2. Tahapan dalam melakukan evaluasi kemajuan pasien

Tahapan evaluasi yang dilakukan oleh perawat ini terdiri dari:

- 1) Review outcome yang diinginkan (indikator). Outcome merupakan indikator dalam menentukan evaluasi, karena menyediakan standar terhadap data yang akan dinilai.
- 2) Mengumpulkan data
Data dikumpulkan dengan mengamati tingkah laku dan respon klien, memeriksa catatan klien dan membicarakan dengan pasien, keluarga, teman dan anggota tim kesehatan lain.
- 3) Membandingkan status pasien dengan outcome yang diinginkan dan menarik kesimpulan
- 4) Menuliskan pernyataan evaluasi.
Pernyataan evaluasi terdiri dari yaitu mengukur apakah outcome dicapai dan diikuti pernyataan evaluatif.
- 5) Menghubungkan intervensi keperawatan dengan outcome yang diharapkan.

3. Evaluasi rencana keperawatan

Setelah menyelesaikan evaluasi outcome, perawat perlu mereview apakah rencana asuhan keperawatan perlu diubah atau tidak. Perawat perlu memodifikasi perencanaan jika kondisi pasien berubah atau tujuan yang diharapkan tidak tercapai.

Hal yang perlu diperhatikan perawat saat melakukan evaluasi, yaitu :

- 1) Menarik kesimpulan mengenai status klien berdasarkan masalah yang terjadi
 1. Kesimpulan diambil pada kondisi tujuan kesehatan yang bisa dicapai
 - Masalah aktual telah terselesaikan. Asuhan keperawatan tidak diperlukan untuk diagnosa keperawatan ini.
 - Masalah aktual atau kesejahteraan masih ada. Perlu adanya modifikasi intervensi atau mengulang intervensi sesuai dengan masalah klien
 - Masalah potensial telah dicegah. kondisi menunjukkan bahwa faktor resiko telah dapat dihilangkan dan diagnosa keperawatan dapat dihentikan. Jika faktor resiko masih ada maka asuhan keperawatan tetap diperlukan
 - Masalah nursing diagnosis "possible" disingkirkan.
 - Semua masalah telah diselesaikan; tidak ada masalah baru. Pada kondisi ini, pasien telah dipulangkan.
 2. Kesimpulan diambil saat tujuan yang dicapai hanya sebagian yang terpenuhi
Kesimpulan yang dapat diambil pada kondisi ini adalah :

- Masalah dapat diturunkan dan rencana asuhan keperawatan membutuhkan revisi sehingga asuhan keperawatan menjadi lebih efektif
 - Masalah telah diturunkan;dilanjutkan dengan rencana yang sama dan memberikan waktu yang lebih lama untuk dapat mencapai tujuan yang diinginkan.
3. Kesimpulan diambil saat tujuan yang tidak dapat terpenuhi
- Pada kondisi ini perawat mereview kembali variabel dari pasien, keluarga atau variabel lain yang mempengaruhi pencapaian outcome. Perawat perlu memeriksa kembali setiap tahap dari proses keperawatan.
- 2) Mereview setiap tahap dari proses keperawatan dan bagaimana proses ini dilakukan
1. Mereview pengkajian
 2. Mereview Diagnosa
 3. Mereview Outcome/goals
 4. Mereview nursing order/intervensi
 5. Mereview implementasi
- Pedoman untuk pendokumentasian evaluasi
1. Sebelum kesimpulan evaluasi dengan data yang mendukung penilaian perawat. Contoh data pendukung (untuk klien dengan myocar infark) : tidak ada dispnea. Penilaian perawatannya : toleransi aktifitas meningkat.
 2. .Mengikuti dokumentasi intervensi keperawatan dengan pernyataan evaluasi formatif yang menjelaskan respon cepat klien terhadap intervensi keperawatan atau prosedur. Contohnya mengantuk setelah minum obat
 3. Menggunakan pernyataan evaluasi sumatif ketika klien dipindahkan ke vasilitas lain atau dipulangkan
 4. Catatn evaluasi sumatif untuk setiap hasil yang diharapkan diidentifikasi pada perencanaan keperawatan klien, bisa berjalan 500 kaki dan menaiki 12 tangga tanpa bantuan. Evaluasi sumatif : dapat berjalan 200 kaki tanpa alat bantu dan dapat naik turun 6 tangga tanpa bantuan.
 5. Menulis pernyataan evaluasi yang merefleksikan keadaan perkembangan klien terhadap tujuan, pemasukan yang sesuai dicatat sebagai berikut : kontrol sakit yang tidak efektif setelah medikasi, terus tanpa henti, penghilang rasa sakit dari medikasi berlangsung selama 30 menit.

6. Melalui suatu penilaian atau modifikasi intervensi, mengawasi dan mendokumentasikan respon perawat untuk mengubah kondisi klien. Contoh : kesehatan klien memburuk, : jam 09.00 mengeluh salit di pusat seperti ditikam.

4. Catatan Perkembangan Pasien (Susunan Pencatatan)

Ada beberapa bentuk format pencatatan evaluasi yang dapat digunakan perawat untuk mengidentifikasi dan mengatasi masalah pasien antara lain, :

1. S O A P

Format SOAP umumnya digunakan untuk pengkajian awal pasien.

S : *Subjective* → Pernyataan atau keluhan dari pasien

O : *Objective* → Data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga.

A : *Analysis* → Kesimpulan dari objektif dan subjektif

P : *Planning* → Rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis

Contoh S O A P :

TGL.	WAKTU	MASALAH	S . O . A . P
30/6/14	Jam 14.00	Kerusakan Integritas kulit	S : pasien mengeluh rasa nyeri sekitar luka ketika dipalpasi
			O : pada balutan luka terlihat warna jambu dan tidak berbau
			A : luka memperlihatkan tanda awal dari penyembuhan
			P : teruskan perawatan luka.

Tanda tangan : Zr Aminah

2. S O A P I E R

Format SOAPIER lebih tepat digunakan apabila rencana pasien ada yang akan dirubah dan proses evaluasi mulai dilakukan.

S : *Subjective* → Pernyataan atau keluhan pasien

- O : *Objective* → Data yang diobservasi
- A : *Analysis* → Kesimpulan berdasarkan data objektif dan subjektif
- P : *Planning* → Apa yang dilakukan terhadap masalah
- I : *Implementation* → Bagaimana dilakukan
- E : *Evaluation* → Respons pasien terhadap tindakan keperawatan
- R : *Revised* → Apakah rencana keperawatan akan dirubah

CONTOH S O A P I E R

TGL.	WAKTU	MASALAH	S . O . A . P . I . E . R
30/6/14	17.00	Luka Infeksi	S : Pasien mengeluh nyeri sekitar luka ketika dipalpasi
			O : Pada balutan luka terlihat ada nanah dan berbau
			A : Terjadi infeksi pada luka
			P : Teruskan perawatan luka
			I : Basahi luka dengan NaCl 0,9% sesuai instruksi
			E : Luka masih bernanah
			R : Ganti balutan menjadi 2 kali/hari

DAFTAR PUSTAKA

Arif Mutagin. 2010,. *Pengkajian Keperawatan Aplikasi Pada Praktikum Klinik*. Jakarta : Salemba Medika

Yulia Suparmi,dkk. 2008. *Panduan Praktek Keperawatan, Kebutuhan Dasar Manusia*. Yogyakarta : Citra Aji Parama

Janice L.Willms dan Henry Schneiderman, 2005. *Buku Saku diagnosis Fisik*. Jakarta : EGC

Aziz Alimul H. 2006. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia . Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika

Potter.Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan.Konsep, Proses dan Praktik*.Edisi 4 Jakarta : EGC